

SOCJOLOGIA W PROMOCJI ZDROWIA



KRZYSZTOF PUCHALSKI

w ZDROWIE
ŚWIADOMOŚCI
SPOŁECZNEJ

INSTYTUT MEDYCyny PRACY
im. prof. dra med. Jerzego Nofera

KRAJOWE
CENTRUM
PROMOCJI
ZDROWIA
W MIEJSCU
PRACY

Łódź 1997

SOCJOLOGIA W PROMOCJI ZDROWIA



Wydanie sfinansowano w ramach Strategicznego Programu Rządowego "Bezpieczeństwo i ochrona zdrowia człowieka w środowisku pracy". Temat SPR IV 22.4 "Upowszechnienie programów promocji zdrowia w miejscu pracy"

ISBN 83-86-052-33-3

**Wydawca: Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy
Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. J. Nofera
90-950 Łódź, ul. Św. Teresy 8, skr. poczt. 199
tel. (0-42) 6314 685, 6314 686, fax (0-42) 55 61 02**

Opracowanie graficzne: ArtStudio (0-42) 657 21 86

KRZYSZTOF PUCHALSKI

**ZDROWIE
w ŚWIADOMOŚCI
SPOŁECZNEJ**

**INSTYTUT MEDYCyny PRACY
im. prof. dra med. Jerzego Nofera**

**KRAJOWE
CENTRUM
PROMOCJI
ZDROWIA
W MIEJSCU
PRACY**

Łódź 1997



WPROWADZENIE

Przedmiotem prezentowanej pracy jest społeczne myślenie o zdrowiu. Innymi słowy, jest to zdrowie ujęte ze "współczynnikiem humanistycznym" - widziane tak, jak widzą je aktorzy społecznej sceny, uczestnicy życia zbiorowego.

Intencją autora jest umożliwienie Czytelnikowi, aby na kolejnych stronach odnalazł On własne treści i sposoby myślenia o sprawach zdrowia oraz ujrzał, jak patrzą na zdrowie otaczające Go osoby. W ich gronie chodzi przede wszystkim o ludzi, którzy nie są zawodowo związani ze zdrowiem, którzy nie są profesjonalistami w tej dziedzinie. Wiele miejsca zajmą jednak również analizy profesjonalnych, naukowych sposobów pojmowania zdrowia. Staną się one punktem odniesienia dla prezentacji treści obecnych w myśleniu potocznym, posłużą także ujawnieniu założeń, na jakich opierają się badania potocznego myślenia o zdrowiu prowadzone w dyscyplinach kształtujących się na styku socjologii i medycyny. Stąd książka adresowana jest głównie do badaczy społecznych oraz praktyków edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Tak określony przedmiot analiz lokuje się w obszarze nauk społecznych, z których szeroko pojęta socjologia zdrowia (medycyny) wydaje się najbardziej odpowiednią dla ujęcia sygnalizowanych zagadnień. M. Sokołowska (1986, s.8), autorka pierwszego w Polsce podręcznika z zakresu tej dyscypliny wskazywała, że do istotnych zadań socjologa należy opis i wyjaśnianie, jak w różnych sytuacjach społecznych ludzie widzą i in-

terpretują otaczający ich świat, a w nim zjawiska zdrowia, choroby i ochrony zdrowia. Socjolog medycyny winien analizować przemiany poglądów na zdrowie i chorobę zachodzące w zależności od przemian społecznego kontekstu ich powstawania i ujawniania się, oraz ukazywać znaczenie tych poglądów (tak laików jak i lekarzy, profesjonalistów) dla zjawisk stanu zdrowia i opieki zdrowotnej.

Do połowy lat 50-tych obecnego stulecia, a więc do okresu, w którym socjologia medycyny (nazwa "socjologia zdrowia" pojawiła się później) zaczynała nabierać własnej tożsamości (Strauss: 1957), problematyka zdrowia i choroby traktowana była przez zdecydowaną większość badaczy społecznych jako zarezerwowana wyłącznie dla nauk medycznych. Udziałem socjologów stało się przejęcie wielu spośród pojęć i sposobów myślenia właściwych medycynie, w tym także pojęcia zdrowia - rozumianego tam jako brak choroby (zob. Gill, Twaddle: 1980; Sokołowska: 1976). Wraz z intensywnym rozwojem socjologii, przejęte z nauk medycznych rozumienie zdrowia ustępować zaczęło miejsca innym jego ujęciom (zob. Aleksandrowicz: 1979; Svensson: 1980; Korzeniowska: 1988). Pojawiła się wielość i różnorodność szkół, paradygmatów, koncepcji, stanowisk, teorii, a także ideologii - ukazujących często odmienne w różnych swych aspektach obrazy zdrowia jako przedmiotu zainteresowań nauki. Dostrzeżenie wielu wymiarów różnic w społecznym pojmowaniu zdrowia, w tym także odróżnienie potocznego i profesjonalnego myślenia o nim, stało się istotnym wkładem socjologii w rozwój ogólnie pojętej refleksji o zdrowiu i jego ochronie.

Obserwując zróżnicowanie wewnątrz profesjonalnego (naukowego) i potocznego myślenia o zdrowiu oraz różnice pomiędzy tymi dwoma obszarami refleksji, M. Sokołowska (1980, s. 125-126) pisała: "Największe znaczenie - zarówno teoretyczne, jak empiryczne i praktyczne - miało stwierdzenie, że nie jest możliwe określenie zdrowia jako pojęcia abstrakcyjnego, w oderwaniu od konkretnych warunków. Kryteria zdrowia są historyczne, zmieniają się wraz z sytuacją społeczną, warunkami środowiskowymi, z normami i zwyczajami określonych zbiorowości społecznych. Są też zależne od dążeń i wartości, jakie kierują życiem ludzi. W związku z tym ocena zdrowia i choroby zmienia się w zależności od jednostki, gdyż jest uwarunkowana bardzo indywidualnymi potrzebami subiektywnymi i reakcjami. Słowa: zdrowie i choroba nie mogą być więc precyzowane w spo-

sób uniwersalny czy statyczny. Mają one sens tylko wtedy, gdy dotyczą określonej osoby, przebywającej w określonym środowisku fizycznym i społecznym [...]. W takim ujęciu zdrowie przestaje być jakimś monolitem, jakąś uniwersalną normą dla wszystkich ludzi. Zależy od płci, wieku, rodzaju pracy zawodowej, sytuacji rodzinnej - słowem jest to <zróżnicowane zdrowie>, pojęcie względne, mające różne znaczenie dla różnych ludzi”.

Motywacją do podjęcia zarysowanej problematyki stało się poszukiwanie możliwości zrozumienia, dlaczego w różnych sytuacjach zachowujemy się wobec swojego zdrowia w taki lub inny sposób. W literaturze wskazuje się, że to, jak pojmujemy zdrowie, często wiąże się z tym, jak wobec niego postępujemy, choć oczywiście nie pozwala całkowicie zrozumieć naszych zachowań. W oparciu o elementy świadomości zdrowotnej - bo tak nazywane bywa potoczne myślenie o zdrowiu - podejmowane są próby wyjaśnienia takich form aktywności, jak np. zachowania społeczeństwa w relacji do dominujących w nim instytucji ochrony zdrowia (np. Aakster: 1986), stosowanie się pacjentów do zaordynowanej przez lekarza terapii (np. Becker: 1985), działania podejmowane przez laików w związku z faktem zachorowania (np. Titkow: 1983), zachowania celowo realizowane z uwagi na określoną jednostkę chorobową (np. Heszen-Klemens: 1979), działania ochraniające zdrowie w miejscu pracy zawodowej (np. Korzeniowska: 1990a) czy wszelkie inne zachowania realizowane w związku ze zdrowiem i jego ochroną (zob. Health Behavior: 1988).

Coraz większą popularność zdobywa sobie teza, że przede wszystkim zachowania codzienne człowieka, jego styl życia wywiera szczególnie istotny wpływ na stan jego zdrowia. Przykładowo, w dokumentach europejskiej strategii “Zdrowie dla wszystkich do roku 2000” (ZDW 2000), która uzyskała status zbliżony do norm prawa międzynarodowego (Włodarczyk: 1988 s.4-6) pojawiło się następujące stwierdzenie: “Badania naukowe dają podstawy by sądzić, że takie zachowania jak: zrównoważona dieta, regularne ćwiczenia fizyczne, odpoczynek i rekreacja, angażowanie się w satysfakcjonujące relacje społeczne i seksualne, pomagają we wzmocnieniu poczucia własnej wartości i poprawie samopoczucia, a także stanowią zaporę przeciwko inwazji choroby” (Targets: 1985, s.64). Z drugiej strony wskazano tam również szereg form aktywności obciążanej niekorzystnym wpływem na zdrowie. W wielu publikacjach podkreślane jest znaczenie coraz większej liczby działań. Oprócz wyżej wskazanych, ich lista

uzupełniana jest o takie pozycje jak np. aktywny stosunek do zagrożeń środowiska, kontrola własnego stanu zdrowia, eliminacja nadmiaru stresów, ale również pozytywny obraz własnej osoby, dobre samopoczucie czy satysfakcja życiowa (por. Kar, Berkanovic: 1987; Zachowania zdrowotne, 1990). Liczne szacunkowe obliczenia dotyczące wielkości udziału różnych grup czynników w zespole determinant zdrowia społeczeństw pozwoliły uznać, że zachowania nazwane pro- lub antyzdrowotnymi decydują w ok. 40% o wartości podstawowych, tradycyjnie stosowanych mierników stanu zdrowia zbiorowości. Przy dodatkowym poparciu ze strony innych przesłanek, m.in. w wyniku krytyki "zmedykalizowanej" filozofii ochrony zdrowia (zob. Włodarczyk: 1988, s. 43-78), kształtowanie zachowań zdrowotnych w skali społeczeństwa uznane zostało za pierwszoplanowe zadanie w wielu programach polityki zdrowotnej (zob. Gniazdowski: 1990a). Ocenione jako wielki sukces programy dla Kanady i Stanów Zjednoczonych (zob. Lalonde: 1978; Healthy People: 1979) stały się inspiracją dla wielu dalszych badań i działań praktycznych. Inspirowały także rozwój ideologii społecznej zwanej "healthismem" - czyniącej zdrowie naczelną wartością życiową i składającej odpowiedzialność za nie w ręce indywidualnych osób.

Teoretycznych podstaw dla połączenia zachowań związanych ze zdrowiem i świadomości potocznej poszukiwać można przede wszystkim w pracach T.Parsonsa, które stały się podstawą teoretycznego rozwoju socjologii medycyny (zob. Sokołowska: 1989). Kluczowa kategoria teorii T.Parsonsa jaką jest "działanie" łączy w sobie zarówno sam akt behawioralny jak też cele i motywy działającej jednostki, wyznaczone głównie przez normy i wartości społeczne. Poszczególne, odpowiednio zorganizowane działania człowieka składają się na pełnione przez niego role społeczne. Podstawową przeszkodą w wypełnianiu normalnych ról - wyznaczonych jednostce w procesach socjalizacji - jest fakt choroby. Warunkiem społecznej akceptacji tego faktu jest z kolei uznanie go przez lekarza oraz zgoda osoby uznanej za chorą na przyjęcie proponowanej jej definicji sytuacji i na realizację działań wynikających z tej definicji (por.Parsons: 1969). Procesy przyjmowania i pełnienia roli chorego, a także liczne uwarunkowania złożonego przebiegu tych procesów, stały się przedmiotem badań dominujących we wczesnej socjologii medycyny (zob. Titkow: 1983).

Teoria T.Parsonsa kierowała zainteresowanie badaczy bardziej ku analizom makro niż mikrospołecznym. Stąd uzupełnieniem w stosunku do

tej teorii stała się koncepcja zwana "modelem przekonań zdrowotnych" (Health Belief Model), związana głównie z nazwiskiem I. Rosenstocka. Koncepcja ta posłużyła wyjaśnianiu oraz przewidywaniu przede wszystkim zachowań nazwanych "działaniami profilaktycznymi" (Heszen-Klemens: 1979) - co wykraczało poza zakres zachowań w roli chorego. Podstawą omawianej koncepcji jest rozpoznanie zmiennych składających się na motywację jednostki do działania związanego ze zdrowiem. Wielość sposobów interpretowania tej ogólnej koncepcji, o początkowo dość ograniczonym zakresie gdy idzie o zestaw wyjaśnianych przez nią zachowań (np. Rosenstock: 1963; 1966), przyczyniła się do znacznego jej spopularyzowania i rozszerzenia zakresu (zob. Kirscht: 1988). Na jej podstawie skonstruowano także nowe modele teoretyczne, z których najbardziej znany to "model umiejscowienia kontroli" (Locus of Control Model), wzbogacający zapoczątkowany przez I. Rosenstocka sposób myślenia o dodatkowe zmienne z obszaru świadomości działającej jednostki (Lau: 1988; Becker: 1985). Stopień poczucia własnego wpływu na otaczającą człowieka rzeczywistość uznany został w tym modelu za istotną zmienną decydującą o zachowaniach związanych ze zdrowiem.

Wskazać należy jeszcze dwie ogólne koncepcje wyjaśniania zachowań zdrowotnych, odwołujące się do świadomości podmiotów tych zachowań. Pierwsza z nich, najbliższa teorii T. Parsonsa, próbuje wyjaśniać sposób postępowania człowieka za pośrednictwem uznawanych przez niego wartości, zwłaszcza wartości przypisywanej zdrowiu. Druga wykorzystywana jest w tzw. badaniach etnomedycznych. Tutaj obserwowane zachowania wyjaśniane są poprzez odwołanie się do treści szeroko pojętych wierzeń na temat zdrowia, choroby, jej przyczyn i adekwatnych metod leczenia, jakie dominują w danej grupie kulturowej.

D. Gochman (1988 b), jeden spośród czołowych znawców problematyki stwierdza, że rezultaty badań zmierzających do zrozumienia, wyjaśniania i wreszcie przewidywania zachowań związanych ze zdrowiem i chorobą trudno uznać jeszcze za zadowalające. Mimo to, podejmowanych jest wiele przedsięwzięć praktycznych i badań, których celem jest kształtowanie tego typu zachowań, m.in. poprzez kształtowanie świadomości ich podmiotów. Jedną z podstawowych dróg osiągnięcia stanu rzeczy uznanego za pożądany w tej dziedzinie są działania prowadzone w ramach edukacji zdrowotnej i programów promocji zdrowia.

J.K. Davies (1990) wskazuje trzy teoretyczne modele edukacji zdrowotnej: 1) prewencyjny (preventive), 2) radykalny model polityczny (radical-political) i 3) autokreacyjny (self-empowerment).

Model prewencyjny grupuje oddziaływania, których celem jest przekonywanie jednostek o konieczności dokonania takich zmian w ich zachowaniach, oraz podjęcia takich zachowań, jakie rekomendują im profesjonaliści z kręgu medycyny. Efekty działań edukacyjnych oceniane tu są na podstawie danych dotyczących głównie wskaźników funkcjonowania organizmu (np. ciśnienia krwi, poziomu cholesterolu) lub mierników zdrowia społeczeństwa (np. śmiertelności z powodu określonej choroby).

Radykalny model polityczny zmierza do wywołania działań zbiorowych na rzecz zmian o charakterze społeczno-politycznym. Idzie o takie zmiany, które sprzyjać będą eliminacji zagrażających zdrowiu czynników szeroko pojętego środowiska (społecznego, ekonomicznego, przyrodniczego) oraz o takie przekształcenia, które będą ułatwiać promowanie mechanizmów społecznych sprzyjających zdrowiu.

Model autokreacyjny koncentruje się nie tyle na przekonywaniu ludzi o konieczności takich czy innych zmian w ich postępowaniu, ale na dostarczaniu im informacji pozwalających samodzielnie podejmować indywidualne decyzje co do zdrowego sposobu życia, a także na uczeniu ich umiejętności radzenia sobie z różnymi problemami życia codziennego. Jako podstawowy kierunek działalności edukacyjnej przyjmuje się ogólne uaktywnienie jednostek i grup społecznych oraz kształtowanie ich samodzielnego, krytycznego myślenia, bez narzucania treści oczekiwanej aktywności. Nauczający i nauczany są tutaj równoprawnymi partnerami interakcji - brak jest dominacji profesjonalisty nad laikiem. Przyjmuje się, że nauczane podmioty społeczne same uzyskają zdolność określenia, co jest dla nich dobre (korzystne i potrzebne dla ich zdrowia) i podejmą adekwatne do tego działania.

Zamiarem moim jest, aby niniejsza praca włączyła się w trzeci ze wskazanych nurtów edukacji zdrowotnej. Adresując ją również do badaczy społecznych i praktyków promocji zdrowia chcę przedstawić argumentację na rzecz tezy, że dostępne ustalenia na temat świadomości zdrowotnej różnych grup społeczeństwa polskiego ukazują bardzo wyrywkowy, a przez to i zniekształcony obraz tej świadomości, w związku z czym nie pozwalają

zrozumieć związanych ze zdrowiem zachowań tego społeczeństwa. Owa nikła użyteczność zgromadzonych ustaleń wynika przy tym nie tyle z ich ubożego stanu ilościowego, ile z głębszych przyczyn - leżących w sferze założeń, na których opiera się zdecydowana większość badań prowadzonych w omawianym zakresie. Ich założenia, po pierwsze, w bardzo słabym stopniu uwzględniają złożoność treści potencjalnie zawartych w pojęciu zdrowia. Ponadto zazwyczaj projektują w obszar świadomości badanych osób definicję tego pojęcia przyjmowaną przez badacza. Po drugie, pomijają problem odmienności reguł rządzących myśleniem profesjonalnym i potocznym. W związku z tym obraz świadomości zdrowotnej uzyskiwany w wyniku badań daleko odbiega od tego jej kształtu, jaki towarzyszy zachowaniom związanym ze zdrowiem.

W tym miejscu chcę zwrócić uwagę na taki obszar refleksji socjologicznej, w którym myślenie potoczne traktowane jest jako posiadające specyficzną, sobie właściwą logikę, różną od logiki właściwej myśleniu krytycznemu z jego imperatywem dochodzenia do prawdy kosztem poświęcania przekonań wygodnych (Czerwiński: 1986). Ustalenia z omawianych poszukiwań badawczych sugerują, że na świadomość potoczną winno się spoglądać jako na twór heterogeniczny, na który "składają się przekonania o rozmaitej genezie, niejednorodnym stopniu wyartykułowania i prawomocności, a także pełniące wielorakie funkcje: przekonań, dla których nie ma żadnego wspólnego mianownika poza tym, że towarzyszy im poczucie całkowitej oczywistości i że kierujemy się nimi jako podstawą codziennych działań" (Hołówka: 1986, s. 173). Myśleniu potocznemu brakuje logicznej ciągłości, nie dostrzega ono związków pomiędzy różnymi zawartymi w nim przekonaniami. Ponadto wyposażone jest w zbiór mechanizmów obronnych, chroniących różne dotychczasowe przekonania przed przyjęciem innych, zagrażających tamtym. Akceptowane przekonania często są wewnętrznie niezgodne, a nawet sprzeczne, i nie ujawnia się to tak długo, jak długo nie owocuje to kłopotami w życiu codziennym (zob. s. 184-187).

Tego rodzaju stanowisko odpowiada w swej istocie takiej koncepcji człowieka, która zakłada, że wiodącą jego charakterystyką jest polimorfizm i polidyspozycjonizm natury ludzkiej (Ossowski: 1967 ; Nowak: 1985).

W koncepcji tej, ogólnie rzecz ujmując, przyjmuje się, że człowiek jest istotą dwoistą. Jego osobowość grupuje cały konglomerat różnych,

często niezależnych względem siebie, z rzadka wzajemnie uzgadnianych dyspozycji psychicznych: sądów, doznań, pragnień, oczekiwań, wyobrażeń, ocen itp. Wiele spośród nich posiada charakter przeciwny - przykładowo, w psychice jednego człowieka obserwuje się dążenie do nowych i ekscytujących doświadczeń a jednocześnie, z obawy przed nimi, do trwania przy dotychczasowych; do poszukiwania racjonalnych wyjaśnień i uzasadnień a zarazem do opierania swoich przekonań na irracjonalnej wierze; do akceptacji, jak również odrzucenia określonych wartości. Tkwią w nas różnorodne potencje, różnorodne skale ocen i predyspozycje do odczuwania otaczającego świata.

Geneza tej złożoności jest, zdaniem St.Ossowskiego, głównie społeczna. Wynika ze zróżnicowania i braku zgodności sposobów widzenia świata, z jakimi spotykamy się w różnych sferach życia społecznego, a które nabywamy w procesach akulturacji. To wpływy odmiennych środowisk społecznych kształtują w nas odmienne dyspozycje psychiczne. Raz nabyte sposoby myślenia nie giną bez śladu - zazwyczaj wzajemnie odizolowane pozostają w naszej psychice w ukryciu, w stanie recesji. Jedynie niewielka część z nich w sprzyjających okolicznościach aktualizuje się - przechodzi w stan dominacji. Ważnym aspektem omawianej koncepcji, obok ukazania wielorakich sprzeczności w psychice człowieka, jest stwierdzenie, że o aktualnie recesyjnym lub dominującym charakterze nabytych dyspozycji psychicznych w istotny sposób decydują cechy środowiska społecznego czy sytuacji, w której znajduje się podmiot myślenia. Pewne sytuacje społeczne sprzyjają ujawnianiu się jednych, inne odmiennych dyspozycji: sądów, ocen, pragnień. Teza o sytuacyjnej zmienności i sprzecznościach w treści naszych myśli nie przekreśla faktu, że przy odpowiednich wpływach społecznych tworzyć się mogą w świadomości bardziej generalne postawy, które trudno przechodzą w stan recesji nawet w mało sprzyjających im okolicznościach. Postawy takie, a człowiek może intencjonalnie przywoływać je w obszar swojego myślenia, generują niekiedy dość spójny układ dyspozycji psychicznych. Koncepcja polimorfizmu natury ludzkiej zwraca jednak uwagę na fakt, że owa spójność czy stabilność treści nie jest bynajmniej zasadą w myśleniu potocznym, lecz jedną z możliwości.

Koncepcja St. Ossowskiego, pokazująca złożoność i dynamikę ludzkiej psychiki, daje teoretyczne zakorzenienie dla charakterystyki myślenia potocznego przedstawionej przez T.Hołówkę. Jej zdaniem, jednym

z typowych obszarów, w jakich ujawniają się charakterystyczne i swoiste dla myślenia potocznego cechy, są uogólnienia dotyczące spraw życia codziennego, m.in. zdrowia (1986, s.180).

Termin "zdrowie" i zainteresowanie zdrowiem towarzyszy codziennemu życiu każdego z nas. Od niektórych działań uchylamy się argumentując, że "zdrowie nie pozwala", "już nie to zdrowie" lub "szkoda zdrowia". Natomiast w innych okolicznościach podobne zachowania usprawidliwiamy formułą: "dla zdrowia". Szereg sytuacji komentujemy jako "nie na nasze zdrowie" lub że komuś "nie wyjdą na zdrowie". W chwilach ocenianych pozytywnie "zdrowie nam dopisuje" a w okresach trudnych "tracimy pół zdrowia". Zdrowie jest elementem najbardziej popularnych życzeń: "dużo zdrowia", "zdrowych świąt", gratulacji: "z okazji powrotu do zdrowia", toastów: "na zdrowie", czy pożegnań: "bądź zdrow". Spotykanych znajomych pytamy o ich zdrowie i zdrowie ich najbliższych. Powiadamy o "zdrowej rywalizacji", "zdrowych stosunkach społecznych". O jednych ludziach mówimy, że stanowią "okaz zdrowia", innych, z których poglądami wyrażnie nie zgadzamy się, nazywamy niekiedy "chorymi". Zdaniem wielu z nas "sport to zdrowie" a "nervy to przyczyny wszelkich chorób".

W przytoczonych przykładach pojęcie zdrowia ma bardzo zróżnicowany status. Niekiedy jest wyłącznie elementem niewiele znaczącego zachowania werbalnego, podejmowanego dla kontynuowania interakcji społecznej. W innych sytuacjach skupia ono w sobie zespół w różnym stopniu uświadamianych emocjonalnych i pojęciowych treści, pojawiających się w polu uwagi poszczególnych osób. Zazwyczaj jednak sens tego pojęcia wydaje się nam oczywisty. Stąd też niezwykle rzadko próbujemy głębiej wnikać w ów sens.

Socjologia zdrowia i medycyny w swoim głównym nurcie zasadniczo nie podejmuje zagadnień, które wynikają z ustaleń dotyczących specyfiki świadomości potocznej. Profesjonalne i potoczne pojmowanie spraw zdrowia traktuje co prawda jako nieco odmienne ze względu na treść i sposób dochodzenia do obu form wiedzy, pomija jednakże głębsze analizy tego drugiego, poprzestając raczej na jego badaniu "od zewnątrz", przez pryzmat profesjonalnego rozumienia tego pojęcia.¹ Słabo zauważany jest przy tym fakt, że świadomość profesjonalna - na mocy swoich założeń - dąży do wyzwolenia się od tych wszystkich cech, które tworzą specyfikę myślenia potocznego: jego sytuacyjnej zmienności, niespójności, nacechowania

emocjonalnego itd. Stąd profesjonalne kategorie definiowania zdrowia z reguły nie są adekwatne dla opisu tego, co w owe pojęcie wpisuje myślenie potoczne².

Podstawowym celem pracy jest syntetyczne i jednocześnie krytyczne ukazanie dorobku badań świadomości zdrowotnej społeczeństwa polskiego. Społeczeństwo to ujęte zostaje w uogólniony sposób, co oznacza, że nie będzie eksponowany problem grupowych różnicowań w jego ramach³. Stąd praca nastawiona będzie raczej na pokazanie względnie powszechnych treści i mechanizmów w myśleniu jednostek tworzących to społeczeństwo, niż charakterystykę świadomości poszczególnych jego grup. I choć przypuszczam, że różne grupy społeczne nieco inaczej pojmują określone zagadnienia zdrowia, uważam, że trudności związane z dostrzeżeniem tych różnic wynikają przede wszystkim ze stosowania w omawianych badaniach nazbyt wieloznacznych kategorii opisu potocznego myślenia o zdrowiu.

Wspomniane problemy warsztatowe skłaniają ku refleksji mającej na celu doskonalenie socjologicznych badań świadomości zdrowotnej. Posłużą temu zawarte w pracy: 1) analiza złożoności znaczeń ukrytych w pojęciu zdrowia - można bowiem pokusić się o stwierdzenie, że znaczna

¹ Jedynie nieliczne prace oparte są na "wewnętrznym" ujęciu potocznego myślenia o zdrowiu (np. Herzlich: 1973). Do tych ostatnich zaliczyć należy głównie analizy inspirowane fenomenologicznymi nurtami socjologii, które jednak koncentrują się nie tyle na zawartości pojęcia zdrowia jako kategorii potocznego dyskursu, co na postrzeganiu i definiowaniu zjawiska choroby, będącego dla nich jednym z obszarów tworzenia się rzeczywistości społecznej (np. Fischer: 1990).

² Omawiane tu poszukiwania M. Sokotowska (1989) uznała za szczególnie cenne i niezbędne wzbogacenie dotychczasowego dorobku socjologii zdrowia i medycyny. Na znaczenie poznania specyfiki i złożoności potocznego myślenia o zdrowiu duży nacisk kładą także eksperci Światowej Organizacji Zdrowia (zob. Targets: 1985), postulując ponadto, by w państwach podpisanych pod strategią "ZDW 2000" prowadzone były systematyczne badania potocznego postrzegania zdrowia (tamże: s.38).

³ Za taką decyzją, choć daleki jestem od tezy o braku owych różnic, przemawia kilka argumentów. Są to m.in. ograniczenia spowodowane faktem, że dostępne ustalenia w zdecydowanej większości nie pozwalają na formułowanie potwierdzonych sądów na temat grupowej specyfiki myślenia o zdrowiu, które wykraczałyby poza intuicyjne przypuszczenia. Z kolei analizy danych nadających się do porównań międzygrupowych przeważnie nie wykazują znaczących różnic pomiędzy świadomością zdrowotną różnych kategorii i zbiorowości społecznych.

część nieporozumień na terenie socjologii zdrowia wynika nie tyle z akceptacji odmiennych sądów o rzeczywistości, ile z wieloznaczności pojęć używanych dla wyrażenia tych sądów; 2) analityczna prezentacja zmieniających się paradygmatów w naukach społecznych o zdrowiu - postraktowanych jako konteksty, w których dokonuje się interpretacji pojęcia zdrowia (również na użytek badań empirycznych); 3) omówienie podstawowych założeń, jakie przyjmowane są w badaniach potocznej świadomości zdrowotnej - założeń wpływających nie tylko na interpretację uzyskiwanych wyników ale również w znacznym stopniu przesądzających o treści gromadzonych ustaleń; 4) analiza złożoności potocznego myślenia o zdrowiu, jaka wyłania się z prób uzgodnienia wyników badań prowadzonych w różnych grupach społeczeństwa polskiego - wskazanie wieloaspektowości tego myślenia, przedstawienie odmienności wiedzy potocznej od profesjonalnej i profesjonalnych wyobrażeń na jej temat, ukazanie szeregu niespójności w ustaleniach dotyczących świadomości zdrowotnej i podjęcie prób ich wyjaśnienia.

* * *

Prezentowane opracowanie powstało na kanwie rozprawy doktorskiej pt. "Zdrowie w świadomości społecznej. Myślenie potoczne a profesjonalne założenia badawcze", przygotowanej pod kierunkiem prof. Edmunda Wnuk-Lipińskiego, obronionej w Instytucie Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk w 1993 r. Materiał empiryczny będący przedmiotem analiz uzyskany został głównie w wyniku realizacji tematu RPBR MZ.IV.2.1 "Postawy i zachowania zdrowotne społeczeństwa polskiego, ze szczególnym uwzględnieniem pracowników przemysłu". Temat ten prowadzony w latach 1986-1990 w Pracowni Socjologii Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi⁴, objął dwa badania empiryczne. Pierwsze zostało przeprowadzone w 1987 r. techniką ankietową w zbiorowości liczącej 1868 osób - losowo dobranych pracowników pięciu zakładów przemysłowych. Badanie to poświęcone było głównie problemowi zdrowia jako wartości. Jesienią 1988 r. prze-

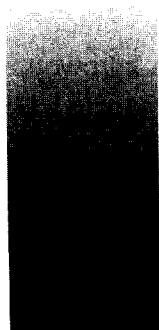
⁴ Wykonawcy: Andrzej Gniazdowski (kierownik tematu), Elżbieta Korzeniowska, Longina Piwowska-Pościk, Krzysztof Puchalski oraz, w początkowym okresie realizacji, Jerzy Kopias i Maria Stolarska.

prorowadzone zostało (techniką wywiadu kwestionariuszowego) badanie dotyczące zachowań zdrowotnych. Objęło zbiorowość liczącą 1479 osób, tworzącą statystyczną reprezentację ogółu pracowników przemysłu w Polsce⁵. Uzupełnieniem danych zgromadzonych w tych badaniach są inne dostępne ustalenia innych autorów, dotyczące świadomości zdrowotnej różnych grup społeczeństwa polskiego⁶.

Konstrukcja prezentowanej pracy jest następująca. Część pierwsza poświęcona została omówieniu zagadnień pojęciowych, w tym szczególnie analizie pojęcia zdrowia. Część druga, potraktowana jako empiryczny punkt wyjścia, na przykładzie definicji zdrowia formułowanych przez dzieci i młodzież pokazuje, że analizowana od strony teoretycznej złożoność tego pojęcia jest również udziałem myślenia potocznego. Kolejne cztery części to prezentacja ustaleń w zakresie potocznej świadomości zdrowotnej społeczeństwa polskiego, w takich podzakresach jak: zdrowie jako wartość, kryteria zdrowia, uwarunkowania stanu zdrowia oraz jego ocena. Część siódma to próba całościowego spojrzenia na zdrowie jako obiekt ze świadomości potocznej w kontekście potrzeb związanych z badaniem oraz próbami zrozumienia i wyjaśniania zachowań związanych ze zdrowiem. Tutaj także ukazane zostaną niektóre problemy, jakie wiążą się z praktycznymi zadaniami nauk o zdrowiu i jego ochronie w obszarze edukacji zdrowotnej społeczeństwa i promocji zdrowia.

⁵ Szerszą informację na temat obu badań i ich wyników zawiera monografia pt. "Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego" (pr. zb. pod red. A.Gniazdowskiego), Instytut Medycyny Pracy, Łódź, 1990 oraz coroczne raporty z realizacji tematu RPBR MZ.IV.2.1. /biblioteka IMP w Łodzi/.

⁶ Źródłem prezentowanego materiału empirycznego są wyłącznie dane pochodzące z gotowych opracowań, stąd brak jest możliwości innego ich porządkowania, niż w oparciu o uwzględnione w tych opracowaniach kategorie czy zmienne, a także nie jest możliwe uwzględnienie innych zależności pomiędzy zmiennymi niż te, które zostały przedstawione przez ich autorów.



CZĘŚĆ I

POJĘCIE ŚWIADOMOŚCI ZDROWOTNEJ I ZDROWIA

Kluczowe dla prezentowanej pracy pojęcie świadomości zdrowotnej oznaczane bywa przy użyciu zróżnicowanej terminologii. Jego ogólny sens odpowiada takim określeniom jak: "społeczne myślenie o zdrowiu", "zdrowie w opiniach społecznych", "wyobrażenia na temat zdrowia i choroby", "obraz zdrowia w świadomości społecznej", "postawy i wiedza o zdrowiu", "subiektywne poglądy na zdrowie" itp. W literaturze przedmiotu trudno odnaleźć jakąkolwiek wyraźną definicję pojęcia nazwanego którymś z powyższych terminów. Używane są one najczęściej na zasadach ateoretycznych (bez zdefiniowania, ustrukturywania, powiązania określonymi relacjami z innymi pojęciami), a więc zbliżonych do języka potocznego.

Próby odczytania z kontekstu różnych wypowiedzi najbardziej ogólnego sensu omawianego pojęcia dają podstawy by przyjąć, że świadomość zdrowotna oznacza tyle, co świadomość (często: społeczna) związana ze zdrowiem. W praktyce badawczej grupuje ona opinie, przekonania, wiedzę, oceny, poglądy, preferencje, wierzenia, sposoby myślenia, hierarchie ocen, elementy postaw oraz inne zjawiska, treści i kategorie ujmowania świadomości, które ukazują zagadnienia uznane przez badaczy za istotne z punktu widzenia zdrowia, jego ochrony czy promocji.

W omawianym obszarze funkcjonują samodzielnie także znacznie węższe kategorie - dookreślane bądź to w aspekcie świadomości (np. wiedza zdrowotna, postawy zdrowotne, motywacja zdrowotna, wierzenia zdrowotne itp.), bądź zdrowia (np. świadomość profilaktyczna, świadomość medyczna, świadomość onkologiczna, świadomość zagrożeń zdrowia, itp.), lub w obu jednocześnie (np. wiedza profilaktyczna, opinie o zagrożeniach zdrowia, postawy prozdrowotne itp.).

Zawężenia ogólnego zakresu świadomości zdrowotnej mogą być dokonywane także przez wybór określonego sposobu powiązania świadomości ze zdrowiem. Często przyjmowanym połączeniem jest ich związek logiczny. W takim rozumieniu pojęcie świadomości zdrowotnej obejmuje ten zakres refleksji badanych osób, którego **przedmiotem** jest zdrowie. Innymi słowy, stawia się pytanie: co ludzie myślą o zdrowiu? Tutaj badacz określa obszar zjawisk i problemów, które nazywa zdrowiem (sferą zdrowia) i których odzwierciedlenie w świadomości społecznej stanowi główny obiekt jego uwagi¹. Stąd kluczowym zagadnieniem stają się znaczenia ukryte w pojęciu zdrowia.

POJĘCIE ZDROWIA

Jedną z najbardziej spopularyzowanych definicji zdrowia jest niewątpliwie ta, która została ogłoszona w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), i zgodnie z którą zdrowie to całkowity fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan człowieka, a nie tylko brak choroby lub ułomności. Wobec tej definicji sformułowane zostało w literaturze wiele zarzutów, podających ją krytyce z bardzo różnorodnych pozycji (por.Noack: 1987, s.10; Ochman: 1986, s. 221). Wśród nich najczęściej powtarzanym jest nadmierna wieloznaczność użytych tam sformułowań.

Z zarzutem wieloznaczności cytowanej definicji liczni autorzy usiłowali uporać się w ten sposób, że na jej podstawie konstruowali własne,

¹ Jako przykład szczególny pojęcia konstruowanego w powyższy sposób wskazać można taki jego sens, zgodnie z którym zakres świadomości nazywanej zdrowotną uczyniony zostaje problemem empirycznym. W takim rozumieniu "zdrowotnym" staje się ten obszar myślenia, który obejmuje zagadnienia łączone ze zdrowiem przez podmiot badanej świadomości.

które w założeniu miały okazać się bardziej precyzyjnymi. Przykładowo, F.Brockington (1972, s.18) uważa, że "zdrowie jest stanem dobrego samopoczucia fizycznego, umysłowego i uczuciowego, łącznie z poczuciem rezerwy sił; opartym na prawidłowym funkcjonowaniu tkanek, praktycznym pojmowaniu zasad zdrowego bytowania, harmonijnym dostosowaniu się do środowiska (fizycznego i psychicznego), jest ono środkiem do bogatszego i społecznie użytecznego życia". B.Kożusznik (za Matuszewski: 1980, s. 121) nazywa zdrowiem "potencjał mocy biologicznej organizmu jako całości, który sprawia, że człowiek żyje, fizycznie i psychicznie się rozwija, świadomie i celowo działa, rozmnaża się i reaguje na otaczający go świat oraz pokonuje sprzeczności środowiska, w którym istnieje". Z kolei J.Aleksandrowicz (1972) określa w ten sposób "stan, w którym osoba ludzka potrafi przystosować się do działających na nią bodźców środowiskowych w taki sposób, żeby proces adaptacyjny nie zakłócił homeostazy w kręgu soma, psyche i środowiska, a w dalszej konsekwencji nie zniszczył organizmu".

Wspólną cechą przytoczonych definicji jest próba określenia zdrowia jako pojęcia złożonego z wielu aspektów oraz objęcia całej jego złożoności. Wydaje się jednak, że przedstawione propozycje, jak również inne im podobne, nie tyle pozwoliły doprecyzować definicję WHO, co jeszcze wyraźniej ukazały niejasność i złożoność definiowanego przedmiotu. Jako potwierdzenie tej obserwacji uznać można fakt, że prawie wszystkie analizy pojęcia zdrowia zaczynają się od stwierdzeń podkreślających jego wieloznaczność i problemy związane z jej opanowaniem.

T r u d n o ś c i i n t e r p r e t a c y j n e

O trudnościach związanych z systematycznym przedstawieniem komplikacji towarzyszących pojęciu zdrowia świadczyć mogą podejmowane dotychczas przez różnych autorów próby ich ukazania (por. np. Aleksandrowicz: 1979; Brockington: 1972, s. 15-20; Gochman: 1988 a, s.7-9; Noack: 1987; Tatarkiewicz: 1979, s. 210-211). Zdając sobie sprawę z problemów, jakie wiążą się z tego rodzaju zamierzeniami chcę jednak podjąć tego typu ryzyko.

Wieloznaczność zdrowia objawia się, moim zdaniem, w czterech podstawowych obszarach: pierwszy dotyczy **natury** przedmiotu nazywa-

nego zdrowiem, drugi odnosi się do **zakresu** branych pod uwagę zjawisk, trzeci skupia sposoby **uporządkowania** elementów omawianego zakresu, czwarty dotyczy rozstrzygnięć o charakterze **metodologicznym**.

W pierwszej kolejności, omawiając naturę przedmiotu nazywanego zdrowiem, należy zwrócić uwagę na fakt, iż jego pojęcie obejmuje bardzo różne, niejednorodne obiekty. Wskazać można choćby ugruntowane przez definicję WHO rozróżnienie zjawisk fizycznych (przyrodniczych), psychicznych i społecznych, ale można również wprowadzać nieco inne (np. Cackowski: 1986) lub bardziej precyzyjne (np. Aleksandrowicz: 1987) podziały. Na gruncie tej bio-psycho-społecznej triady tworzone są niekiedy osobne pojęcia zdrowia fizycznego (zwanego często somatycznym), psychicznego oraz społecznego. Podobnie wprowadzane jest rozróżnienie trzech pojęć choroby: biologicznej, psychologicznej i społecznej (np. Sokołowska: 1980, s.11 i nast.). Te trzy wyodrębnione sfery zdrowia (choroby) są na tyle wewnętrznie złożone, że nawet w osobnych ramach każdej z nich trudno doszukać się jednoznaczności. Tak jest zwłaszcza ze zdrowiem psychicznym (Sowa: 1984; Zdrowie psychiczne: 1981) oraz społecznym. Przykładowo, trzy najczęściej spotykane ujęcia tego ostatniego, niewiele mające ze sobą wspólnego, to: 1) utożsamienie go z wynikiem dokonywanego w skali zbiorowości społecznej pomiaru różnego typu zjawisk o charakterystyce biomedycznej, takich jak zgony czy choroby organizmu (np. Sokołowska, Bejnarowicz: 1973); 2) rozumienie go w takim znaczeniu, jakie w angloamerykańskiej literaturze posiada termin "public health", a więc m.in. jako system instytucji społecznych powołanych w celu ochrony zdrowia (np. Brockington: 1972, s. 18-19) oraz 3) przyjęcie, że stanowi ono tę sferę zachowań, która odpowiada tak czy inaczej wyznaczonym normom społecznym (por. np. Mechanic: 1978).

Częste nieporozumienia i różnice stanowisk wiążą się z rozróżnieniem "subiektywnego" i "obiektywnego" charakteru zjawisk zdrowia, gdzie pierwszy z tych terminów oznacza obszar świadomości (doznań psychicznych) człowieka, drugi sferę zjawisk logicznie niezależnych od jego świadomości.

Ilustrując ów problem można wskazać, że kluczowe dla definicji zdrowia WHO pojęcie dobrostanu (well-being) interpretowane bywa w sposób "subiektywny" jako obejmujące sferę samopoczucia, którego podłożem

jest fizyczne, psychiczne i społeczne funkcjonowanie człowieka. W interpretacji "obiektywnej" obejmuje ono nie tyle samopoczucie, co inaczej określone funkcjonowanie jednostki we wskazanych trzech sferach, nie zawierające jednak jej doznań mentalnych. Możliwe są również interpretacje mieszane, w których najczęściej dobrostan psychiczny rozumiany jest "subiektywnie", natomiast fizyczny i społeczny w sposób "obiektywny".

Pojęcie zdrowia odnosić się może do aktualnie występujących zjawisk lub procesów, jak również może określać bliżej nie oznaczoną potencję. Tak np. T.Parsons (1969) definiując zdrowie twierdzi, że oznacza ono **zdolność** do pełnienia ról społecznych. Podobnie w cytowanej definicji B.Kożusznika zdrowie to **potencjał** mocy biologicznej organizmu. Tego rodzaju ujęcie charakterystyczne jest także dla koncepcji witalistycznych, gdzie zdrowie oznacza trudno uchwytą elan vital (por. Hołówka: 1987).

Definicje odwołujące się do potencji odczytywane mogą być na dwa sposoby. Z jednej strony zdrowie zostaje utożsamione ze zjawiskami, które zachodzą pod wpływem danej potencji. Z drugiej przyjmuje się, że jest ono czymś innym lub czymś więcej niż te zjawiska. Jak w przypadku propozycji T.Parsonsa, obszar zdrowia może zostać ograniczony do zjawisk składających się na pełnienie ról społecznych, ale może objąć również inne zjawiska umożliwiające działania w rolach, jak np. stany psychiczne czy fizjologiczne.

Drugi ze wskazanych czterech obszarów, w jakich ujawnia się wieloznaczność pojęcia zdrowia dotyczy już nie tylko jego natury, ale ustalenia granic oddzielających zjawiska zdrowia od innych zjawisk tej samej natury, nie będących zdrowiem. Tak więc nie jest wystarczającym stwierdzenie, że zdrowie obejmuje zjawiska fizyczne, psychiczne czy społeczne, lub nawet że ogranicza się do dobrostanu w tych sferach, ale koniecznym jest pokazanie, jak odróżnić ów dobrostan od braku dobrostanu, a więc zdrowie od nie-zdrowia. Jest to m.in. pytanie o kryteria zdrowia.

Tutaj, w pierwszej kolejności, odnotować należy uwikłanie zdrowia w takie pojęcia jak wskazany już dobrostan, ale również w inne, jak np.: prawidłowość, przystosowanie, życie, rozwój czy analizowaną przez J.Sowę (1984) normalność. U Platona zdrowie oznaczało tyle, co stan **prawidłowy**, a rozumiane wężej - **porządek** ciała (Jaeger: 1964). We współczesnych

odmianach "ekologicznych" koncepcji zdrowia oznacza ono głównie stan czy też proces osiągania ogólnie pojętej **równowagi** (np. Noack: 1987). M.Kacprzak (1961) określił zdrowie jako maksymalny możliwy do osiągnięcia w określonych warunkach stopień **przystosowania** człowieka do jego środowiska. J.Aleksandrowicz w cytowanej już definicji wprowadza takie pojęcia, jak **adaptacja** i homeostaza. Tak więc określenie granic zdrowia następuje tu poprzez odesłanie do tamtych pojęć. Należy jednak zauważyć, że są one równie ogólne i wieloznaczne co samo zdrowie.

Powyższe skojarzenia towarzyszące zdrowiu, jak również powiązanie go z takimi pojęciami jak **dobro** (Aleksandrowicz: 1979) czy **szczęście** (Tatarkiewicz: 1979), czyni z niego kategorię silnie wartościującą, ze wszelkimi tego konsekwencjami.

Wiele kolejnych problemów interpretacyjnych pojawia się w związku z dążeniem do uzgodnienia granic pojęć zdrowia i choroby (por. Brockington: 1972, s. 15-18). Oba pojęcia traktowane są często jako logicznie rozłączne: zdrowie to brak choroby - choroba to brak zdrowia. Zdefiniowanie jednego z nich wystarcza tu do skonstruowania definicji drugiego. Zdrowie i choroba mogą jednak odnosić się do różnych sfer rzeczywistości, a wtedy ich odrębność posiada charakter empiryczny. Tak np. J.Aleksandrowicz (1972) uważa, że choroba grupuje obiektywne stany organizmu, natomiast zdrowie subiektywne.

Obserwuje się także takie stanowisko, zgodnie z którym na zakres nazwany zdrowiem składa się suma elementów tak braku choroby (zdrowia) jak i samej choroby. Jeśli tego rodzaju pojęcie traktuje się jako kategorię kontynualną - dokonuje się uszeregowania wszystkich jego elementów według określonych zasad - to najczęściej przyjmuje ono postać i nazwę stanu zdrowia. Określenie zasad tego uporządkowania, przy szerokim rozumieniu zdrowia, rodzi szereg problemów związanych m.in. z uzgadnianiem wartości na niewspółmiernych skalach. Określenie granic takiego kontinuum wikła natomiast pojęcie zdrowia w niejasne relacje do innych kategorii, zwłaszcza życia i śmierci.

Pojęcie zdrowia może być traktowane jako wyłącznie opisowe - grupujące takie lub inne zjawiska czy procesy, bez względu na ich ocenę, ale również jako pojęcie oceniające - skupiające tylko te zjawiska czy procesy, które uzyskują z takich lub innych powodów ocenę pozytywną.

Często jest tak, że spośród całej sfery "zdrowotnej rzeczywistości" zjawiska oceniane pozytywnie włączone zostają do pojęcia zdrowia, natomiast oceniane negatywnie w zakres pojęcia choroby. Umieszczenie takich ocennych kategorii na kontinuum stanu zdrowia może sprawić, że pomiędzy nimi tworzy się obszar nie zaliczany ani do zdrowia, ani do choroby - nie dający ocenić się pozytywnie lub negatywnie.

Kolejny obszar trudności interpretacyjnych dotyczy już nie tylko granic zakresu zdrowia ale również, co zacząłem sygnalizować, uporządkowania zawartych w nim elementów. Chodzi tu przede wszystkim o 1) hierarchie ważności przyznawanej poszczególnym elementom oraz 2) eksponowane zależności empiryczne pomiędzy nimi.

Wskazując na pierwszy z tych problemów należy podkreślić, że nie wszystkie z elementów zdrowia traktowane są zawsze jako równocenne. Nie chodzi przy tym o problem doboru wskaźników stosowanych do pomiaru stanu zdrowia, co byłoby zagadnieniem metodologicznym, ale o uznanie jednych ze zjawisk należących do obszaru zdrowia za w istocie swej ważniejsze od innych. W wielu interpretacjach definicji WHO status tych najważniejszych otrzymują różne zjawiska ze sfery biofizycznej, podczas gdy zjawiska psychiczne i społeczne traktowane są jedynie jako korelaty tych pierwszych. W sferze tej specjalną rangę uzyskują z kolei te, które pozwalają na stwierdzenie wystąpienia choroby. Wskazać można jednak i takie podejścia, gdzie miejsce tych ważniejszych zajmują zjawiska innego rodzaju, jak choćby różne charakterystyki osobowościowe (np. Aleksandrowicz: 1979; Dąbrowski: 1986).

Potraktowanie określonych elementów zdrowia jako ważniejszych od innych może być wyrazem zarówno preferencji formalnych czy aksjologicznych, jak również efektem uznania empirycznej zasadności takiego stanowiska. Można przyjąć np., że zarówno psychiczne jak i społeczne funkcjonowanie człowieka uwarunkowane jest przede wszystkim jego stanem fizycznym. Stąd pojawiają się takie interpretacje definicji zdrowia WHO, w których nawet wszystkie trzy sfery dobrostanu traktowane są jako skutek braku organicznie pojętej choroby. Podobnie jest w cytowanej definicji B.Kożusznika, z tym, że miejsce braku choroby zajmuje tam "potencjał mocy biologicznej organizmu, który sprawia, że ...". W zbliżony sposób konstruuje swoją definicję także F.Brockington, gdzie zdrowie jest

stanem dobrego samopoczucia, ale opartego m.in. na prawidłowym funkcjonowaniu tkanek.

Propozycję F.Brockingtona jak i definicję WHO można odczytać również w ten sposób, że następuje tam wskazanie nie tyle skutków dobrego zdrowia, co jego uwarunkowań - zespołu zjawisk warunkujących dobre samopoczucie (Brockington) lub brak choroby (WHO).

W związku z definicją F.Brockingtona odnotować można istotny problem odnoszący się jeszcze do granic zakresu zdrowia. Jeśli w definicji tej stwierdza się, że zdrowie to dobre samopoczucie i że jest ono oparte na pewnych wskazanych tam czynnikach, to pojawia się pytanie, czy w omawiany zakres wchodzi tylko to dobre samopoczucie, jakie powstaje w związku ze wskazanymi czynnikami, czy również to, które wywołane jest bez związku z nimi?

Ostatni z wyróżnionych obszarów wieloznaczności zdrowia grupuje różne stanowiska metodologiczne, które wywierają wpływ na sposób jego rozumienia.

Jednym z istotnych problemów są tu niejasne relacje pomiędzy zjawiskami wchodzącymi w zakres zdrowia i jego wskaźnikami. Zjawiska, które jedni autorzy skłonni są traktować jako zewnętrzne wobec zakresu zdrowia, ale użyteczne w funkcji wskaźnikowej względem całości lub wyróżnionych elementów tego zakresu, inni włączają w ów zakres uznając je za pełnoprawne jego elementy. Włączane w ten sposób zjawiska to z reguły czynniki uznane za warunkujące stan zdrowia oraz stany rzeczy traktowane jako efekt zdrowia (choroby). Tak np. zachowania kształtujące stan zdrowia uznawane są często nie tylko za jego wskaźniki (por.Kar, Berkanowic: 1987), ale również za element zakresu zdrowia, jak np. w definicji F.Brockingtona. Podobnie dobre samopoczucie raz traktowane jest jako wskaźnik zdrowia, innym razem jako element jego zakresu.

Kolejny problem to rozróżnienie takiego podejścia do zdrowia, gdzie jest ono traktowane jako zbiór empirycznych obiektów, od takiego, gdzie uznaje się je za ideał nie posiadający swoich odpowiedników w postaci empirycznych zjawisk. Właśnie w ten drugi sposób wielu badaczy odczytało omawianą definicję WHO. Wskazywali oni, że nie jest możliwe osiągnięcie takiego stanu rzeczy, który byłby **całkowitym** dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym, w związku z czym tak pojęte zdrowie określali

jako "utopię" (Sokołowska: 1980) lub "miraż" (Dubos: 1962). W tym kontekście P. Ochman (1986) proponuje, aby definicję tę potraktować jako typ idealny zjawiska (i pojęcia), od którego empiryczna rzeczywistość (tak w wymiarze obserwowanych zjawisk jak i konstruowanych pojęć) odbiega w większym lub mniejszym, możliwym do określenia stopniu.

Inne problemy wiążą się z przyjętą perspektywą czasową w definiowaniu zdrowia oraz ze statycznym lub dynamicznym jego ujęciem. Jednym z częściej podnoszonych zarzutów pod adresem definicji zdrowia WHO, co z reguły towarzyszy tłumaczeniu "dobrostanu" jako "dobrego samopoczucia", jest oskarżenie jej o to, że koncentruje się na zjawiskach chwilowych, ujętych w sposób statyczny. Krytycy domagają się natomiast spojrzenia na zdrowie nie jako na chwilowy, ale trwały układ cech, a jeszcze częściej jako na układ dynamiczny - proces składający się z takich czy innych zjawisk.

Dalsze nieporozumienia mogą pojawić się wówczas, gdy stajemy przed problemem uniwersalizmu lub indywidualizmu w rozumieniu omawianej kategorii. W. Tatarkiewicz (1979, s. 216-217) problem ów określił jako zróżnicowanie formalnych wariantów zdrowia, które polega bądź to na uznaniu, że 1) człowiek zdrowy musi mieć te same cechy, co każdy inny, który jest zdrowy, bądź na przyjęciu, że 2) każdy człowiek jest zdrow na swój własny sposób. Wybór ten, co warto odnotować, może dotyczyć zarówno zdrowia jako całości, ale może być i tak, że w stosunku do jednych jego aspektów akceptuje się uniwersalizm (najczęściej w odniesieniu do zjawisk biofizycznych), natomiast w stosunku do innych dopuszcza się różny stopień indywidualizmu (najczęściej w przypadku społecznych elementów zdrowia). Sam Wł. Tatarkiewicz usiłował pogodzić oba stanowiska przyjmując trzecie, zgodnie z którym istnieją różne typy zdrowia².

Sygnalizowane wyżej komplikacje związane z pojęciem zdrowia można oczywiście mnożyć, inaczej porządkować i przedstawiać w bardziej precyzyjny sposób. Nie jest to jednak rzeczą łatwą, o czym świadczy dotychczasowy stan refleksji naukowej (por. Svensson: 1980; Gochman:

² Wydaje się jednak, że rozwiązanie to, bez szczegółowego jego rozwinięcia, jest rozwiązaniem pozornym. Zdaje jedynie relację z faktycznego zróżnicowania sposobów postępowania się pojęciem zdrowia, uznając je jednocześnie za prawomocne, nie mówi natomiast nic na temat proponowanych reguł uporządkowania tego pojęcia w aspekcie relacji: indywidualizm - uniwersalizm.

1988a). Przedstawione w tym miejscu uwagi o charakterze formalnym miały na celu jedynie zilustrowanie problemu i ukazanie, że istnieje wielość możliwych do przyjęcia rozstrzygnięć.

W kontekście przedstawionych analiz wydaje się, że ta kategoria formalna, jaką jest definicja, nie jest najlepszym sposobem przedstawienia treści, jakie kryją się w pojęciu zdrowia. Poszukując bardziej adekwatnych dla tego celu kategorii można zwrócić uwagę na tę, którą za S. Nowakiem (1984 a) przyjęło się nazywać "wizją rzeczywistości w teoriach i badaniach naukowych"³. Różnorodne "wizje zdrowia" pojawiające się w teoriach i badaniach naukowych opisywane zostają najczęściej jako przynależące do dwóch generalnych paradygmatów, które H. Noack (1987) nazywa "**socjo-medycznym**" i "**socjoekologicznym**".

P a r a d y g m a t s o c j o m e d y c z n y

Socjomedyczne podejście do problemów zdrowia zostało ukształtowane w wyniku przeniesienia filozoficznych założeń medycyny uprawianej zgodnie z regułami pozytywistycznie pojmowanej nauki w obszar nauk społecznych akceptujących przesłanki naturalistyczne. Tak uprawiana medycyna, otwierająca się dla nauk społecznych, zaliczana jest do dyscyplin przyrodniczych, a właściwe jej punkty widzenia określone są jako biomedyczne (Capra: 1987). Głosi ona ponadto doktrynę scjentyzmu (Amsterdamski: 1983), w której stwierdza się, że tylko nauka respektująca określone reguły metodologiczne jest tą dziedziną poznania, która zdolna jest ukazać prawdziwy obraz świata, jak również rozwiązać jego problemy.

³ Wizja rzeczywistości to bardziej całościowy lub bardziej fragmentaryczny zespół przeświadczeń co do natury rzeczywistości stanowiącej przedmiot badań - przeświadczeń z różną jasnością wyrażonych i w różnym stopniu uporządkowanych. Ukierunkowuje ona uwagę badacza, nasuwa pomysły hipotez i problemów badawczych, określa także metodologię badań. Zawarte są w niej, często w formie twierdzeń, założenia trojakiego rodzaju: pierwsze dotyczą istnienia określonych przedmiotów i zjawisk oraz wyposażenia ich w pewne atrybuty, podlegających ponadto takim czy innym zdarzeniom; drugie odnoszą się do relacji pomiędzy tymi przedmiotami, ich własnościami czy zdarzeniami, którym one podlegają, do konfiguracji, jakie one tworzą, zależności, jakie je łączą itp.; trzecie posiadają charakter aksjologiczny - dotyczą uznania pewnych wartości, odrzucenia innych, uporządkowania czy uhierarchizowania zbioru wartości (por. Nowak: 1984a).

W stosunku do tak rozumianej medycyny stosuje się określenie "naukowa". Jednocześnie monopol nauki w instytucjach i ideologiach współczesnych społeczeństw (Habermas: 1977) przyznaje takiej medycynie status i nazwę "oficjalnej".

Człowiek jako obszar zainteresowania medycyny ograniczony zostaje zasadniczo do sfery cielesnej. Jego sfera psychiczna, jako trudna do naukowego zbadania, pozostawiona zostaje na marginesie uwagi. Ciało tak ujętego człowieka traktowane jest jako biologiczny mechanizm, a więc zespół odosobnionych, ale współdziałających ze sobą, coraz precyzyjniej wyodrębnianych elementów, powiązanych względnie prostymi relacjami. Wiedza o każdym z tych elementów z osobna oraz o mechanizmie ich współdziałania składa się na wiedzę o człowieku jako całości. Anatomia i fizjologia traktowane są jako podstawowe dziedziny medyczne.

Przy takim podejściu zdrowie człowieka jest pojęciem obejmującym normę budowy i funkcjonowania jego ciała. Metodologia rozpoznawania zdrowia polega na wykluczeniu w organizmie obecności zjawisk chorobowych. Wynika to z założenia, że znaczenie łatwiejszym do określenia niż samo zdrowie jest stan nie będący zdrowiem. Stąd mowa o tzw. "negatywnej" koncepcji zdrowia, zwanej też "podstawową" (za Svensson: 1980, s. 37). Prymat przyznany normatywnej metodologii postępowania naukowego (Nowak: 1984 b) sprawia, że choroba zajmuje centralne miejsce w strukturach pojęciowych omawianego paradygmatu. Ponadto pojęcie zdrowia wydaje się połączone z nazbyt wieloma innymi wartościami, od których nauka zamierza się uniezależnić.

Choroba w ogólny sposób zdefiniowana zostaje jako naruszenie prawidłowej budowy lub (i) funkcji biologicznego organizmu. Stany określone jako "choroba" - stające się tym samym przedmiotem uwagi nauk medycznych - zostały opisane i uporządkowane w Międzynarodowej klasyfikacji chorób, urazów i przyczyn zgonów, opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia. Heterogeniczne zasady tego uporządkowania a także brak stabilności uwzględnianego zakresu chorób (np. Uramowska - Żyto: 1981; Sokołowska: 1986, s. 18-22) sprawiają, że pojęcie choroby - jako kategoria ogólna - nie spełnia założeń naukowości, do jakich aspiruje myślenie biomedyczne. Stąd w miejsce ogólnego pojęcia choroby me-

dycyna posługuje się jego definicjami cząstkowymi, odnosząc je do węższych, bardziej homogenicznych klas zjawisk, wyodrębnionych na zasadzie zbliżonej etiologii, przebiegu, umiejscowienia w organizmie itp. Choroba oznacza więc konkretną jednostkę patologiczną (bądź homogeniczną ich grupę) a nie ogólnie pojęte zaburzenia w organizmie.

Określenie człowieka jako chorego możliwe jest dzięki stwierdzeniu u niego jakiegokolwiek spośród jednostek patologicznych zamieszczonych w " Międzynarodowej klasyfikacji". Natomiast nazwanie go zdrowym, rygorystycznie rzecz ujmując, wymaga wykluczenia u niego wszelkich istniejących chorób, co z praktycznego punktu widzenia jest zasadniczo nierealne. Stąd, by uniknąć paradoksalnego podziału ludzi na chorych i nie zbadanych, wystarczającym staje się wykluczenie u człowieka określanego zdrowym wybranych w jakiś sposób jednostek chorobowych. W tym miejscu, wraz z pojawieniem się pytania o kryteria dokonywanych wyborów, w obszar z założenia aksjologicznie neutralny wkrada się wyraźnie element wartościowania (por. Puchalski: 1989 b).

Wskazać można trzy podstawowe wzajemnie powiązane wartości, jakie decydują o wyborze chorób wzbudzających tu największe zainteresowanie. Pierwsza to istnienie naukowej koncepcji choroby, pozwalającej wpisać dane schorzenie w struktury teoretyczne medycyny. Druga to zagrożenie życia wynikające z wystąpienia choroby. Trzecia wartość to dobro człowieka, jakie powodowane jest brakiem choroby.

Odwołanie się do pierwszej ze wskazanych wartości zwraca uwagę na choroby o uchwytym tle organicznym i wyraźnych objawach klinicznych. Schorzenia nie znajdujące potwierdzenia w formie dostępnej dla oceny zewnętrznych obserwatorów, domniemane jedynie na podstawie subiektywnych odczuć pacjenta (np. "ból głowy z napięcia", będący jedną z pozycji w "Międzynarodowej klasyfikacji"), a także schorzenia nie powiązane z żadną koncepcją etiologiczną, schodzą na plan dalszy.

Jedna z XIX-wiecznych koncepcji etiologicznych, nazwana doktryną swoistej etiologii, wywarła szczególnie silny wpływ na kształtowanie się omawianego paradygmatu. Główną jej tezą jest "przekonanie, że każda choroba posiada swoją ściśle określoną przyczynę i że najlepiej można ją zwalczać poprzez atakowanie czynnika przyczynowego lub, jeżeli by to nie

było możliwe, przez zogniskowanie leczenia na dotkniętej chorobą części ciała”(Dubos: 1962, s. 136). Współcześnie, chociaż akcentowane są wieloczynnikowe koncepcje etiologiczne, doktryna ta wiąże się z przekonaniem, że każda choroba daje się sprowadzić do właściwego sobie biologicznego mechanizmu przebiegu zjawisk, a rozpoznanie tych mechanizmów, możliwe w przyszłości dzięki postępowi nauk biomedycznych, pozwoli całkowicie opanować problem chorób (Capra: 1987; Sokołowska: 1980, s.120-121).

Doktryna swoistej etiologii (słowo “doktryna” nie jest tu przypadkowe, gdyż wskazuje na rangę, jaką uzyskała ta koncepcja etiologiczna) wiąże się również z charakterystyczną dla omawianego stylu myślenia filozofią walki (Capra: 1987, s. 202). Filozofia ta uwidacznia się nie tylko w terminologii medycznej, ale również w refleksji nad istotą choroby (choć sam problem istoty zjawisk zasadniczo jest nieobecny w tym typie myślenia). Choroba uznana zostaje za wyraz walki toczzonej pomiędzy organizmem a zagrażającymi mu czynnikami chorobotwórczymi (Kacprzak: 1961, s. 579-580), natomiast interwencja medyczna jest podjętą przez lekarza próbą objęcia dowodzenia w tej walce.

Pierwszoplanowym celem działań medycznych jest walka o życie człowieka. Życie oznacza tu fakt (czy proces) biologicznego istnienia organizmu, przy abstrahowaniu od pozabiologicznych jego charakterystyk. Sam fakt życia oraz jego długość, bez względu na jego sens czy jakość, stanowi podstawowe kryterium oceny realizowanych czy planowanych działań. Stąd w centrum uwagi pojawiają się choroby stwarzające zagrożenie dla tak pojętego życia, one stanowią podstawowy “kierunek natarcia”.

Przyjęcie filozofii walki, w dodatku walki o życie - co pozwala “uświęcić” cel działań (Szawarski: 1987), daje możliwość nie zwracania większej uwagi na koszty związane z jej prowadzeniem. Pozwala także podporządkować kierowanie działaniami wyłącznym kompetencjom dowódcy - tutaj lekarza. Podkreślenie wyłącznych kompetencji lekarza w orzekaniu o wystąpieniu zjawiska choroby, o jego przyczynach i koniecznych do zastosowania środkach zaradczych, znajduje miejsce w ideologii “medycznego profesjonalizmu” (Włodarczyk: 1988), historycznie związanej z biomedycznym ujęciem zdrowia.

Ideologia medycznego profesjonalizmu⁴ przyznała grupie zawodowej lekarzy zdolność do rozpoznawania i określania obiektywnego dobra pacjenta. Wartość ta może zostać zinterpretowana na dwa sposoby. Z jednej strony można umieszczać ją w takim porządku aksjologicznym, który odwołuje się do pojęcia paternalizmu. Tutaj lekarz jest tą osobą, która wczuwa się w sytuację pacjenta i usiłuje go zrozumieć, czuwając jednak nad nim i interweniując w tych sytuacjach, które uzna za niebezpieczne. Podstawą tego uznania jest przede wszystkim przyrodnicza wiedza medyczna, ale również, co wprowadza teoretyczną niespójność do omawianego paradygmatu, wiedza humanistyczna i intuicja. Druga interpretacja dobra pozbawia je elementów empatii i skłania ku uprzedmiotowionemu traktowaniu człowieka. Tutaj traci swą adekwatność porównanie lekarza do ojca, zyskuje natomiast porównanie go z inżynierem. W takiej perspektywie dobro człowieka związane zostaje z technologicznymi możliwościami, jakie dla celów walki z chorobą i walki o życie zaoferować może medycyna. Szczęólnego znaczenia w hierarchii medycznych wartości nabiera zatem rozpoznanie i opanowanie tych jednostek chorobowych, w stosunku do których można podjąć w organizmie człowieka, rzadziej w jego fizycznym otoczeniu, skuteczną interwencję.

Przyjęcie przez medycynę orientacji inżynierskiej (Sokołowska: 1980, s. 147-160) sprawia, że "szary człowiek" nie może zostać potraktowany jako jej partner. Medycyna oczekuje od niego całkowitego podporządkowania się jej zaleceniom i bycia raczej biernym przedmiotem jej oddziaływań. Ewentualne partnerstwo "laika" wykluczone zostaje przez immanentne cechy technologicznie użytecznej wiedzy profesjonalnej: jej rozbudowanie, szczegółowość i powiązanie z innymi dziedzinami wiedzy fachowej. Fakt ten w istotny sposób umacnia sugestię, że jedynym znawcą problemów zdrowia, a właściwie choroby, może być specjalistycznie wykształcony lekarz. To także wiąże się z uznaniem aktualnej wiedzy medycznej za zasadniczo nieomylną, uniwersalną gdy idzie o zakres jej

⁴ W tym miejscu należałoby mówić o profesjonalizmie biomedycznym gdyż, jak pokazuje C.Włodarczyk (1988, s. 24-31), idea profesjonalizmu może zostać powiązana również z innymi niż biomedyczne koncepcjami zdrowia.

stosowalności i pozbawioną społecznego relatywizmu gdy idzie o tworzenie jej treści, co oczywiście czyni z niej obiekt nie podlegający analizom socjologicznym.

Za istotny element orientacji inżynierskiej uznać należy koncentrację uwagi na leczeniu chorób kosztem zapobiegania im. Łączy się to z przyjęciem takich kryteriów dla oceny osiągnięć w ochronie zdrowia, które dotyczą zdrowia indywidualnych jednostek ludzkich, a co więcej tych, w przypadku których podjęte zostaje leczenie. Miarą sukcesu jest tu pożądaný efekt osiągnięty u poszczególnych leczonych osób, a nie stan zdrowia ludności nie objętej interwencją.

Nauki społeczne podejmujące zagadnienia zdrowia i akceptujące powyższe przesłanki, aspirujące tym samym do wejścia w skład dyscyplin medycznych, uzupełniły biomedyczny sposób myślenia o problemy bliższe własnym zainteresowaniom. W wyniku tego rozszerzyły omawiane punkty widzenia w trzech podstawowych aspektach. Po pierwsze - "uspołeczniły" pojęcie zdrowia. Po drugie - skoncentrowały się na społecznych konsekwencjach choroby. Po trzecie - podjęły problem społecznych warunków stanu zdrowia. Ukształtowały w ten sposób paradygmat socjomedyczny, a w socjologii orientację "sociology in medicine" (Strauss: 1957; Sokołowska: 1976).

Zainteresowania socjologów zdominowane zostały oczywiście przez problemy choroby. Wynika to nie tylko z przejęcia biomedycznych opcji ale również z uznania, że choroba jest dla badacza społecznego zjawiskiem znacznie ciekawszym od zdrowia, gdyż to właśnie fakt zachorowania wywołuje szereg interesujących poznawczo zjawisk (Titkow: 1983,s.17). Kluczem do socjologicznego ujęcia znacznej części problemów badawczych stały się "zachowania medyczne" czyli zachowania warunkowane przez chorobę i medycynę (Sokołowska: 1968).

Przybliżenie naukom socjologicznym tego przedmiotu, jakim jest choroba, stało się możliwe dzięki abstrahowaniu od anatomii i fizjologii człowieka i potraktowaniu jej jako faktu społecznego. Choroba w takim ujęciu to stan człowieka, który lekarz określa jako chorobę, natomiast socjolog nie wnika głębiej w kryteria będące podstawą tego określenia. Z drugiej strony choroba to także proces subiektywnego uznawania się

jednostki za osobę chorą, a następnie realizowania działań wynikających z przyjętej definicji sytuacji. Podkreślić jednak należy, że opis działania społecznego wiąże się tu ściśle z normatywnymi punktami widzenia, czerpanymi głównie z ideologii biomedycznego profesjonalizmu.

Pojęcia zdrowia i choroby wprowadzone zostały do teorii socjologicznej przez T.Parsonsa. Uznał on, że socjolog może być kompetentny w analizach zagadnień zdrowia jeśli zdefiniuje je, co było już sygnalizowane, jako stan optymalnej zdolności człowieka do efektywnego wypełniania przez niego cenionych społecznie ról i zadań (por.Parsons: 1969, s. 326,340).

W związku z tym "chorobę - pisze T.Parsons - najlepiej chyba traktować jako niedostateczną zdolność jednostki do efektywnego pełnienia ról społecznych i wykonywania zadań tak zorganizowanych, że zawierają one w sobie oczekiwania wiążące się z pełnioną rolą" (tamże, s. 150). Definicje te, określane w literaturze jako "socjologiczne", koncentrują się głównie na wskazaniu skutków, jakie dla działania jednostek i systemu społecznego posiada biomedycznie rozumiany stan zdrowia.

T.Parsons oparł swoje rozumowanie na przesłance głoszącej, że choroba jako zjawisko biologiczne stwarza zagrożenie dla podstawowych wartości decydujących o stabilności ładu społecznego. Powoduje ona zagrożenie życia i funkcjonalnej sprawności organizmu człowieka, co uniemożliwia mu lub utrudnia, w sposób stały lub okresowy, pełnienie nałożonych na niego zadań w strukturach systemu społecznego. Osłabia także motywację jednostek do pełnienia właściwych im ról społecznych. Biomedycznie ujęta choroba jest zatem zjawiskiem sprzyjającym patologii systemu społecznego, w związku z czym winna być eliminowana, a jej przebieg kontrolowany poprzez ustalenie zasad postępowania w chorobie (roli chorego).

Kontrola choroby w ramach ładu społecznego powierzona została grupie zawodowej lekarzy, co odpowiada ideologii medycznego profesjonalizmu. Lekarz uznany został normatywnie za jedyną osobę, która w uprawnomocniony sposób może kwalifikować stan zdrowia jako dobry lub zły, co jest tożsame z możliwością określania ludzi - już jako członków społeczeństwa, a nie tylko biologiczne organizmy - jako zdrowych lub chorych.

Na podstawie analiz amerykańskiego systemu wartości T. Parsons twierdzi, że w stosunku do ludzi uznanych za zdrowych społeczeństwo (czy

instytucja medycyny jako element kontroli społecznej) oczekuje dążeń i działań zapobiegających chorobie, zwłaszcza poddawania się badaniom mającym na celu wykrycie choroby w asymptomatycznym stanie. Wynika to z przyjęcia, że zdrowie (brak choroby) - tak w sensie "podstawowym" jak i "socjologicznym" - jest naczelną wartością społeczną. Natomiast w stosunku do osób z podejrzeniem choroby kierowany jest zawarty wśród norm kulturowych obowiązek zgłaszania się po oficjalną pomoc medyczną. Z uznaniem przez lekarza zasadności owego podejrzenia wiąże się z kolei nałożona na pacjenta obligacja do przyjęcia roli chorego. W wielu sytuacjach wymaga to pełnego lub częściowego wycofania się, do czasu wyzdrowienia, z pełnienia właściwych danej osobie ról społecznych. Towarzyszy temu oczekiwanie ścisłego zastosowania się do zaleconej terapii. Jak w myśleniu biomedycznym, tak i obecnie choroba uzyskała jednoznacznie negatywną kwalifikację aksjologiczną.

Nauki socjologiczne, podobnie jak skoncentrowana na leczeniu medycyna, potraktowały pojawienie się choroby u człowieka jako fakt od niego raczej niezależny. Znacznie większą zależność dostrzegły natomiast w odniesieniu do procesu choroby. O ile jednak odpowiedzialność "laików" za przebieg tego procesu ograniczona została do respektowania przez nich profesjonalistycznych oczekiwań, to resztę tej odpowiedzialności przejął na siebie system opieki medycznej - utożsamiany z całym zakresem ochrony zdrowia. Stąd m.in. powstała koncepcja określona później "wielkim równaniem", zgodnie z którą efekty w postaci zmniejszenia ilości zachorowań, przedwczesnych zgonów oraz eliminacji cierpienia są proporcjonalne w stosunku do nakładów ponoszonych na ów system. Podważenie zasadności takiego sposobu myślenia zapoczątkowało ten nurt refleksji, który pomógł ukształtować drogę dla rozwoju paradygmatu socjoekologicznego.

Paradygmat socjoekologiczny

Omawiany obecnie sposób teoretycznego myślenia o zdrowiu znalazł swoje oparcie w znacznie starszej tradycji filozoficznej niż nauka nowożytna. Była to głównie starogrecka myśl okresu Hipokratesa i Platona (np. Jaeger: 1963; Dubos: 1962), uzupełniana różnymi wątkami z filozofii

Dalekiego Wschodu. Stąd paradygmat socjoekologiczny rozwijany był w humanistycznych nurtach medycyny (np. Aleksandrowicz: 1979; Dubos: 1970), a zwłaszcza w filozofii społecznej (np. Illich: 1975). Nie działa się to jednakże z pominięciem przyrodoznawstwa, którego liczne kierunki dostarczały argumentów za ujęciem świata w kategoriach ekosystemu.

Zgodnie z koncepcją systemową, rzeczywistość jest dynamicznym układem wzajemnie powiązanych i oddziałujących na siebie elementów, układających się w hierarchiczne pod względem swej złożoności struktury. Struktury te stanowią całości *sui generis*, nie redukowalne do sumy ich elementów składowych. Wyodrębnienie poszczególnych struktur z całości systemu jest jedną spośród wielu metod poznania rzeczywistości - nie oddającą w pełni jej złożoności, zacierającą szereg uwarunkowań zachodzących w niej procesów i zjawisk. Stąd preferowane w poprzednim paradygmacie myślenie analityczne ustępuje teraz miejsca syntezom dokonywanym w odniesieniu do różnych poziomów rzeczywistości.

Przy takim pojmowaniu świata zmienia się oczywiście także koncepcja człowieka. Mało wystarczającym okazuje się już przełamanie odziedziczonego po Kartezjuszu dualizmu soma i psyche. W to miejsce pojawia się człowiek pojmowany jako całość, aczkolwiek złożona z wymiarów fizycznych, psychicznych, społecznych i kulturowych. Jest on traktowany jako dynamiczny element szerszych struktur rzeczywistości (np. różnych grup społecznych, systemów kulturowych, otoczenia technicznego, przyrodniczego itp.), element, którego nie można zrozumieć w dostateczny sposób bez uwzględnienia jego powiązań z tymi strukturami.

Przyjęcie takich przesłanek filozoficznych generuje właściwe im widzenie zdrowia - odwołujące się, inaczej niż w pozytywizmie, do jego **istoty**, a dopiero później do zjawisk będących jej uzewnętrznieniem. Istotę zdrowia wrażać ma para bardzo ogólnie określonych pojęć: "dynamiczna równowaga" i "potencjał zdrowotny" (Noack: 1987). **Równowaga** opisuje prawidłowy stan relacji w obszarze i pomiędzy poszczególnymi sferami funkcjonowania człowieka, wyodrębnianymi na różne sposoby. Przyjmuje się, że zakłócenia równowagi w jednej ze sfer (np. w społecznym funkcjonowaniu człowieka) na zasadzie wzajemnych powiązań empirycznych ujawniać się będą również w innych jego sferach (np. w procesach fizjologicznych organizmu), jeśli wykroczą poza dopuszczalne granice

dynamiki danego układu. Warunkiem utrzymania równowagi jest **potencjał** zdrowotny - przynależący samemu człowiekowi jak i jego środowisku. Wielkość tego potencjału określa granice dopuszczalnych odstępstw od stanu równowagi. Ów potencjał to przykładowo fizjologiczne rezerwy energii, odporność na stres psychiczny, społeczne wsparcie udzielane przez grupy ich członkom, zasoby materialne przyrody, jak również "prozdrowotne" czy "proekologiczne" systemy wartości kulturowych (np. Aleksandrowicz: 1979).

Zdrowie pojęte zostaje zatem jako stan prawidłowy systemu, będący w swej istocie dynamiczną równowagą jego podsystemów, warunkowaną potencjałem ich możliwości przeciwstawienia się zakłóceniom tej równowagi.

Trudności z przełożeniem ogólnych koncepcji filozoficznych na język empirii dobrze ilustrują dotychczas podejmowane próby, gdzie związki pierwszych z drugim wyraźnie dostrzegane są głównie w sferze życzeń i deklaracji badaczy (zob. np. Measurement:1987). Trudno bowiem jak dotąd określić, jakie zjawiska czy procesy uznać można bezsprzecznie za wyraz globalnej równowagi lub nawet równowagi w znacznie skromniej zakreślonych obszarach funkcjonowania człowieka (np. w obszarze społeczeństwa - vide spory wokół pojęcia patologii społecznej czy dobra społecznego). Stąd socjoekologiczni badacze odwołują się często do węższych koncepcji zdrowia, traktując je jako **aspekty** całości.

W odniesieniu do zdrowia jednostki trzy takie koncepcje wymagają tu podkreślenia. Określić je można jako: 1) nieobecność choroby, 2) dobre samopoczucie oraz 3) twórcze życie (productive life).

Nieobecność choroby to przeniesienie na grunt myślenia systemowego biomedycznej koncepcji zdrowia i jej modyfikacja. Tu przyjmuje się jej wersję "otwartą" (por. Włodarczyk: 1988, s. 79) co oznacza, że choroba nie jest pojęciem statycznym - ustalonym raz na zawsze, ale wyraża aktualny stan wiedzy medycznej w zakresie zjawisk odzwierciedlających procesy patologiczne zachodzące w organizmie człowieka. Istotne novum polega jednakże na tym, że choroba traktowana jest jako **skutek zaburzeń zdrowia**: osłabienia potencjału i zachwiania równowagi w szerszych systemach opisujących funkcjonowanie człowieka. Stąd etiologia choroby nie jest tu traktowana jako prosta relacja przyczynowo - skutkowa

pomiędzy wyodrębnionymi z osobna czynnikami a procesem patologicznym, ale przyjmuje się, że o chorobie decyduje pewien złożony spłot czynników (Dubos: 1962). Ponadto, co dotyczy już aksjologicznej kwalifikacji chorób, szczególny nacisk kładzie się na te spośród jednostek chorobowych, które stanowią największe zagrożenie nie tylko dla samej biologicznej egzystencji człowieka, lecz również dla innych, ważnych sfer jego życia, zwłaszcza psychicznej i społecznej. Charakterystyka wartości życia zostaje tu wyraźnie wzbogacona.

Druga wskazana koncepcja - "dobre samopoczucie" - jest jedną z częściej spotykanych interpretacji definicji zdrowia WHO. Kluczowy termin tej definicji - "well-being" - nabiera tu sensu psychologicznego i oznacza subiektywne odczucie dobrostanu. W nieco węższym ujęciu obejmuje ono stan, który M.Sokołowska (1986) określiła jako brak poczucia dyskomfortu pojawiającego się w wyniku autoobserwacji człowieka. Samopoczucie nie jest traktowane przy tym wyłącznie jako efekt postrzegania przez jednostkę własnego ciała, jak w myśleniu socjomedycznym, ale jako wynik szerszego autopostrzegania osoby ludzkiej. Przestaje ono być kategorią metodologiczną - wskaźnikiem braku choroby, a staje się ontologiczną (odpowiednikiem istoty zdrowia w sferze zjawisk psychicznych).

Trzecia z przywoływanych koncepcji - "productive life" jest modyfikacją Parsonsowskiej, funkcjonalistycznej definicji zdrowia. Tutaj oznacza ono zdolność do prowadzenia życia sensownego i twórczego (productive), a ponadto satysfakcjonującego danego człowieka (por. Targets: 1985). W stosunku do socjomedycznej propozycji T.Parsonsa zaszły tutaj dwie zasadnicze zmiany. Po pierwsze, gdy u T.Parsonsa mowa jest o "cenionych zadaniach", to zakres tych zadań określony jest wymogami funkcjonalnymi **zastanego** systemu społecznego. W koncepcji "productive life" zadania, o które chodzi, są określane przez ogólne wartości, takie jak: twórczy rozwój czy satysfakcja życiowa, nie koniecznie zgodne z wartościami np. systemu monocentrycznego. Po drugie, pojęcie "zdolność" obejmuje tu nie tylko brak ograniczeń powodowanych wystąpieniem choroby potwierdzonej przez lekarza, ale również zawiera bardzo subiektywne stany osoby oraz warunki stwarzane jej przez system społeczno-kulturowy, umożliwiające realizację wspomnianych wartości. Stąd pojęcie zdrowia rozszerzone zostaje z samego

człowieka na układ: człowiek - jego środowisko, zwłaszcza społeczno-kulturowe. O dobrym zdrowiu można tu mówić wtedy, gdy następuje zharmonizowanie wartości i dążeń indywidualnych z wartościami i potrzebami społeczności - z tym, że zestaw owych wartości nie jest sprawą zupełnie dowolną. Chodzi tu o wartości konstytuujące "dobre społeczeństwo".

Tutaj, nawiązując jeszcze do koncepcji nieobecności choroby, warto odnotować fakt, że nawet ciężkie - z biomedycznego punktu widzenia - schorzenie nie musi być jednoznacznie ujmowane w negatywnych kategoriach ocennych. Choroba może być traktowana jako czynnik rozwoju i wzbogacania osobowości człowieka (np. Natanson: 1985), rozwoju jego zdrowia w sensie "productive life". Niektórzy autorzy - zwolnnicy dość radykalnych przewartościowań w filozofii ochrony zdrowia - przyjmują znacznie dalej idące rozstrzygnięcia. Tak np. I. Illichowi przypisuje się taki sposób pojmowania zdrowia, w którym oznacza ono zdolność do akceptowania cierpienia. F. Capra (1987) mówi natomiast o zdolności do rezygnacji z życia, gdy życie to traci swój sens i staje się nie akceptowaną przez człowieka egzystencją. Rezygnacja z życia jest tu traktowana jako przywrócenie równowagi systemowej.

W paradygmacie socjoekologicznym zainteresowanie chorobą ustępuje, przynajmniej teoretycznie, zainteresowaniu **zdrowiem**. Mniej istotne są w tym miejscu złożone przyczyny takiego stanu rzeczy. Ogólnie można powiedzieć, że z wielu stron głoszony kryzys medycyny dostarczył argumentów dla uznania konieczności spojrzenia na problemy zdrowia w innych kategoriach, niż czyniła to medycyna, oraz dla uczynienia tych problemów obiektem uwagi polityki zdrowotnej (aspektu polityki społecznej) - znacznie szerszej niż utożsamiana z nią wcześniej organizacja opieki medycznej.

Tak jak paradygmat socjomedyczny (a może bardziej biomedyczny - pozbawiony społecznych punktów widzenia) znajduje swoje zinstytucjonalizowane oparcie głównie w sieci instytucji opieki medycznej i klinicystycznego kształcenia lekarzy, tak paradygmat socjoekologiczny uzyskuje oparcie w różnego typu ruchach "alternatywnych", "proe-

kologicznych" i, co warto podkreślić, w strategii "Zdrowie dla wszystkich do roku 2000", prowadzonej pod patronatem Światowej Organizacji Zdrowia. W założeniach aksjologicznych tej strategii, interpretowanej jako program polityki społecznej (np. Włodarczyk: 1988), zdrowie określone zostaje m.in. przez trzy hasła: "dodanie życia do lat", "dodanie zdrowia do życia" i "dodanie lat do życia" (tamże, s. 85 i nast.; Targets: 1985).

"Dodanie życia do lat" oznacza przede wszystkim uczynienie biologicznej egzystencji człowieka sensowną i twórczą w tym znaczeniu, jaki obecny jest w funkcjonalnej koncepcji zdrowia jako "productive life". Jest to dążenie do zapewnienia człowiekowi wszechstronnych możliwości rozwojowych, uznanych zarówno przez niego samego jak i szeroko zakreślone środowisko społeczne, zdolne udzielić mu wsparcia. W ten sposób nawiązuje się do takich koncepcji społeczeństwa i interakcji społecznej, jakie odnaleźć można w filozofii J.Habermasa (1984) i w koncepcji ładu policentrycznego opartego o system wzajemnych porozumień St.Ossowskiego (1967, s. 192-193).

"Dodanie zdrowia do życia" wyraża z kolei tezę, że życie - rozumiane jako biologiczne trwanie, nie jest cenne samo w sobie, jeśli nie towarzyszy mu możliwość życia "godnego", dającego człowiekowi poczucie "dobrostanu" - w znaczeniu zawartym w subiektywistycznie interpretowanej definicji zdrowia WHO. Warto nadmienić, że strategia "ZDW 2000" przywołując tę definicję pomija w niej słowo "kompletny", co pozwala uznać za zdrowych także tych ludzi, którzy swoje dobre samopoczucie budują nie w oparciu o brak choroby (dobrostan fizyczny), ale o satysfakcję z innych sfer życia, np. z relacji społecznych.

"Dodanie lat do życia" oznacza natomiast dążenie do przedłużania trwania życia - jako warunku koniecznego dla wcześniej wskazanych wymiarów zdrowia, co uznać można za nawiązanie do paradygmatu socjomedycznego, którego szereg idei programowo akceptowanych jest w socjologicznych wizjach.

Przyjęcie takiego spojrzenia na zdrowie, które czyni z niego problem polityki społecznej, pozwala na akceptację pewnych przewartościowań, jakie zaobserwować można zarówno w filozofii ochrony zdrowia, zwłaszcza rozwijanej przez WHO, jak również pojawiających się w socjologii. W pierw-

szym przypadku miejsce filozofii walki zajmuje filozofia partycypacji, w drugim normatywno-opisowe punkty widzenia socjologii medycyny (zob. Sokołowska: 1989) ustępują część miejsca myśleniu w kategoriach "społeczeństwa alternatywnego" czy "obywatelskiego".

Cechą wyróżniającą związane ze zdrowiem działania rozpatrywane w koncepcjach "społeczeństwa alternatywnego" jest realizowanie tych działań poza instytucjami oficjalnego systemu ochrony zdrowia, co jednak nie pozostaje bez wpływu na te oficjalne instytucje (por. Aakster: 1986). Przedmiotem szczególnej uwagi są tu indywidualne lub grupowe sposoby zaspokajania potrzeb zdrowotnych nie zaspokajanych w ramach systemu instytucji medycyny oficjalnej lub zaspokajanych w sposób nie akceptowany przez biorców świadczeń. Zainteresowania badawcze tego nurtu dotyczą m.in. takich problemów jak: samoleczenie, działanie grup pierwotnych, zwłaszcza rodziny, w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych jej członków, formowanie się i działania różnego typu grup czy instytucji samopomocowych, nakierowanych na zdrowie ludzi uzależnionych i niepełnosprawnych, inicjowane społecznie ruchy na rzecz przeciwstawienia się środowiskowym zagrożeniom zdrowia itp. Tego rodzaju działania traktowane są jako wyraz potocznych umiejętności radzenia sobie ze zdrowiem w gąszczu przytłaczających jednostkę struktur społecznych.

Filozofia partycypacyjna adaptuje te obszary zainteresowań, jakie rozwijają się w koncepcjach "alternatywnych". Ponadto wprowadza całkiem nowe w stosunku do socjomedycznej tradycji pojęcie "promocji zdrowia".

Promocja zdrowia w sposób ogólny określana jest najczęściej jako proces, który umożliwia ludziom - tak w drodze indywidualnych działań, niezależnych inicjatyw społecznych jak i zorganizowanych, instytucjonalnych rozwiązań - zwiększanie kontroli nad ich zdrowiem oraz polepszanie i wzbogacanie ich zdrowia (por.np. Health promotion: 1986). Odwołuje się do kategorii "potencjału zdrowotnego" - jako jednego z pary pojęć wyrażających istotę socjoekologicznego rozumienia zdrowia. Zgodnie z takim ujęciem, zdrowie może być nie tylko przedmiotem przywracania i ochrony, ale przede wszystkim, rozwijania i umacniania⁵.

Jednym z najistotniejszych wątków filozofii partycypacyjnej i promocji zdrowia jest, wypływające tak z założeń aksjologicznych, jak z in-

interpretacji ustaleń empirycznych, uznanie ogromnej roli różnego typu zachowań "szarego człowieka" wśród uwarunkowań jego zdrowia. W płaszczyźnie aksjologicznej wynika to przede wszystkim z idei autoodpowiedzialności człowieka za własny los. Ekonomiści argumentację tą wzbogacają wskazaniem korzyści finansowych, jakie wiązać się mogą z przeorientowaniem systemu ochrony zdrowia z kapitałochłonnego modelu terapeutycznego, opartego na ekspansji technologicznej, w kierunku kapitałoszczędnego modelu prewencyjno-promocyjnego, opartego o wykorzystanie energii społecznej. Naukowym zapleczem dla głoszenia tych wartości jest związana z nazwiskiem M.Lalonde'a koncepcja "pola zdrowotnego", w której obszar uwarunkowań zdrowia podzielony zostaje na cztery logicznie równoprawne sfery, jakimi są: 1) wyposażenie biologiczne organizmu, 2) system opieki medycznej, 3) warunki szeroko pojętego środowiska i 4) style życia - będące zbiorczą kategorią dla różnego typu ludzkich zachowań, od zwyczajów żywieniowych, przez zmaganie się ze stresem, po aktywny stosunek do zagrożeń ekologicznych. Logiczna równoprawność tych sfer nie idzie jednak w parze z szacowaną na podstawie danych empirycznych wielkością wpływu każdej z nich na podstawowe wskaźniki stanu zdrowia społeczeństwa, gdzie wyraźnie ujawnia się wiodąca rola stylów życia, przy oszacowaniu znaczenia systemu opieki medycznej zaledwie na ok. 10%.

Podsumowując omówienie paradygmatu socjoekologicznego trzeba podkreślić, że wydaje się on, przynajmniej obecnie, w znacznie większym stopniu zbiorem wartości, ogólnych założeń teoretycznych i dyrektyw dla działań praktycznych niż teorią "zdrowotnej rzeczywistości". Dokonywane w nim interpretacje ustaleń z badań empirycznych i "ostateczne konkluzje - jak pisze C.Włodarczyk (1988, s. 98) - zależą bardziej od postawy i wartości akceptowanych przez interpretatora aniżeli od treści uwzględnianych przez niego informacji". Obliczony jest on bardziej na każdorazową weryfikację swych dość ogólnych ustaleń w praktyce życia zbiorowego, niż

⁵ Dokładniejsze przybliżenie idei promocji zdrowia, ze względu na jej szeroki zakres i dużą różnorodność interpretacji, wymagałoby przedstawienia dodatkowych obszer-nych analiz.

na teoretyczną precyzję i naukową (przez duże N) podbudowę w stosunku do tych ustaleń. To ostatnie stwierdzenie potraktować można dość ostrożnie jeśli uwzględnimy, że zmieniają się również kryteria naukowości, że, jak np. w przypadku socjologii, coraz większego znaczenia wydaje się nabierać nie budowanie złożonych systemów teoretycznych, ale "socjologia w działaniu".

Zdrowie jako przedmiot świadomości. Propozycja typologii znaczeń.

Dokonana prezentacja niektórych problemów związanych z interpretacją pojęcia zdrowia pozwoliła m.in. dostrzec, że termin ten może być używany dla określenia kilku obszarów znaczeń, składających się na jego pole semantyczne. Można wyróżnić m.in. takie sposoby rozumienia zdrowia, w których oznacza ono:

- 1) obiekt traktowany jako wartość,
- 2) zespół kryteriów zdrowia,
- 3) zbiór uwarunkowań zdrowia,
- 4) wynik pomiaru jego stanu.

Trzy pierwsze spośród wskazanych aspektów zdrowia bliskie są propozycji, jaką przy okazji analiz kulturowej zmienności interpretacji tego pojęcia przedstawił A.Siciński (1990). Autor ów wyróżnił m.in. te właśnie częściowe znaczenia jako podstawowe kwestie, które winny być uwzględniane przy całościowym rozpatrywaniu problemów zdrowia i jego ochrony, a więc także w kontekście refleksji na temat społeczeństwa i jego kultury. Z punktu widzenia dążenia do efektywności opieki zdrowotnej zwrócił uwagę na konieczność konsensusu pomiędzy interpretacjami wyróżnionych aspektów zdrowia funkcjonującymi w sferze życia potocznego, a podejściem do tych zagadnień przyjmowanym w naukowej medycynie. Oznacza to, że efektywność działań medycznych zależna będzie w znaczącym stopniu od tego, czy medycyna zdoła zaakceptować odmienność i różnorodność nienaukowych wizji. Analityczne wyodrębnienie wskazanych częściowych znaczeń zdrowia pozwala dokładniej dostrzec

poruszony problem zgodności potocznych i profesjonalnych opcji, niż gdyby przyszło operować jedynie ogólnie nazwanym pojęciem.

Wydaje się, że wzbogacenie omawianych trzech aspektów zdrowia o wskazane jako czwarte zagadnienie oceny jego stanu pozwoli zwrócić uwagę na jeszcze jeden obszar zainteresowań, które pojawiają się w kontekście analizowanym przez A.Sicińskiego. Wyniki oceny stanu zdrowia społeczeństwa, różnych jego grup czy poszczególnych jednostek, dokonywane na gruncie medycyny, mogą w istotny sposób odbiegać od wyników pojawiających się w ocenach samych podmiotów zdrowia, a rozbieżność taka stawać się może ważnym problemem społecznym (np. Firkowska-Mankiewicz i wsp.: 1986), co nie będzie bez znaczenia w omawianym kontekście.

Zgodnie z powyższą propozycją w omawianym dalej pojęciu świadomości zdrowotnej zdrowie rozumiane będzie w czterech wskazanych aspektach: jako wartość, jego kryteria, uwarunkowania i ocena jego stanu. Użycie terminu "zdrowie"⁶, tak w refleksji profesjonalnej, jak i potocznej, niesie bowiem ze sobą jedno (lub jednocześnie kilka) spośród wskazanych jego znaczeń. Przedstawione cztery aspekty zdrowia są również tymi, które stanowią przedmiot najczęściej podejmowanych badań dotyczących świadomości zdrowotnej. Jednocześnie należy podkreślić, że przyjmowane na użytek badań szczegółowe sposoby rozumienia każdego spośród wskazanych aspektów uzależnione są od akceptowanej przez badacza wizji zdrowia, zakorzenionej w jednym spośród opisanych wcześniej paradygmatów.

INTERPRETACJA POJĘCIA ŚWIADOMOŚCI

Pojęcie świadomości, jak zauważa T.Tomaszewski (1976,s.171), jest bardzo trudne do zdefiniowania i dlatego było ono, i jest nadal, przedmiotem licznych sporów. Autor ów optuje za takim podejściem, według którego "świadomość jest szczególnym rodzajem wewnętrznej **reprezentacji** rzeczywistości, jej wewnętrznym obrazem, modelem, odbiciem".

Spośród wielu możliwych sposobów odczytania powyższej definicji świadomości, o czym świadczy choćby wielość i różnorodność szczegółowych kategorii przyjmowanych dla jej określenia, chcę zaproponować

tutaj takie jej rozumienie, które: po pierwsze - eksponuje przedmiot świadomości jakim jest tu zdrowie; po drugie - jest na tyle pojemne aby mogło objąć wyniki wielu badań czyniących świadomość zdrowotną obiektem swojej uwagi i wzajemnie uzgodnić te wyniki; po trzecie - nadaje się do zastosowania w próbach rozumienia i wyjaśniania zachowań.

Ś w i a d o m o ś ć p o t o c z n a , p r o f e s j o n a l n a i s p o ł e c z n a

Wcześniej wypowiedziane stwierdzenia, że analizowana w tej pracy świadomość to świadomość **potoczna** oraz że pojęcie świadomości zdrowotnej obejmuje najczęściej świadomość **społeczną**, wymagają wyjaśnienia obu tych określeń.

Określenie świadomości terminem "potoczna" może zostać dokonane przynajmniej z trzech punktów widzenia. Pierwszy to wskazanie na podmiot wiedzy, drugi - na jej przedmiot, trzeci - na jej charakterystykę.

Mówiąc o świadomości potocznej ze względu na jej podmiot zwracamy uwagę na świadomość "zwykłych ludzi" czy "szarego człowieka". Przyjmujemy często w ten sposób, że istnieją jeszcze inni ludzie - z jakichś względów "lepsi" "niezwykli", "uprzywilejowani", "wybrani" itp., cechujący się inną świadomością niż tamci "zwykli". W naukach socjologicznych status tego "lepszego" często uzyskuje (przypisuje sobie) badacz społeczny, w dyscyplinach medycznych - lekarz. Świadomość potoczna przeciwstawiona zostaje wtedy świadomości profesjonalistów. Odrzucenie (bądź nie eksponowanie) tego hierarchizującego założenia pozwala potoczną nazywać świadomość "większości społeczeństwa".

⁶ Jeśli w tym miejscu mowa jest o zdrowiu: o jego wartości, kryteriach, stanie i uwarunkowaniach, to należy mieć na uwadze, że te same obszary znaczeń odniesione mogą zostać także do choroby. Tutaj pojęcie choroby traktuję jako zawierające się w szerokim - odpowiadającym socjoeekologicznemu myśleniu - pojęciu zdrowia, pamiętając jednak, że w wielu sytuacjach należało będzie wyraźnie wyodrębnić oba te pojęcia, że w różnych kontekstach adekwatne omówienie jednego z nich możliwe będzie dopiero dzięki dokonaniu odniesień do drugiego. Zdrowie i chorobę proponuję więc potraktować jako swoje korelaty, z zaznaczeniem, że tam, gdzie nie powoduje to większych nieporozumień dla określenia pary zdrowie-choroba używany będzie jako ogólniejszy termin "zdrowie".

Należy w tym miejscu zauważyć, że rozróżnienie profesjonalnego i pozaprofesjonalnego (potocznego) podmiotu świadomości jest w oczywisty sposób zrelatywizowane do jej przedmiotu. Tak profesjonalistą jak i amatorem, dyletantem, niewtajemniczonym czy laikiem jest się zawsze w określonej dziedzinie, w stosunku do określonego przedmiotu uwagi.

Świadomość określona jako potoczna ze względu na jej przedmiot to, jak proponuje J. Szczepański (za: Marody: 1987, s. 173), wiedza o podstawowej warstwie rzeczywistości społecznej, o rzeczywistości dnia codziennego. Jest to wiedza dotycząca spraw absorbujących człowieka na co dzień, odnosząca się do jego "normalnego" życia i do "normalnych" problemów innych ludzi. Określenie granic tej normalności wydaje się jednak wymagać wprowadzenia dodatkowych kryteriów.

Trzeci sposób klasyfikowania świadomości jako potocznej polega na wskazaniu jej charakterystyki. Zdaniem M. Marody (1987, s. 175-176), dobrym punktem wyjścia dla scharakteryzowania świadomości (wiedzy) potocznej jest przeciwstawienie jej wiedzy profesjonalnej. Po pierwsze, wiedza potoczna różni się od profesjonalnej przede wszystkim stopniem formalizacji procesu uczenia się. Ta pierwsza nabywana jest w spontanicznych procesach socjalizacji, podczas gdy druga w wyniku znacznie bardziej sformalizowanych i systematycznych przekazów. "Używając bardziej metaforycznych określeń, można by powiedzieć, że wiedzą potoczną się nasiąka przez fakt życia w określonym społeczeństwie i określonej grupie społecznej, jej zakres jest zatem wyznaczany przez zakres doświadczeń jednostki, natomiast wiedza profesjonalna jest nam intencjonalnie przekazywana, jej zakres jest zaś wyznaczany przez wymogi zawodu" (tamże). Po drugie, odrębny jest sposób legitymizowania określonych treści jako przynależących do danego typu wiedzy. Wiedza profesjonalna opiera się na wyraźnie określonym sposobie legitymizacji (np. autorytecie mistrza, zastosowaniu naukowej metody itp.), podczas gdy wiedza potoczna poszukuje uprawomocnienia w wielu różnych źródłach (np. intuicji, subiektywnym doświadczeniu, emocjonalnym przeżyciu, zdaniu ogółu czy osobistym uznaniu oczywistości). Po trzecie, odmienny jest sposób zorganizowania struktury obu typów świadomości. Wiedzy profesjonalnej najlepiej odpowiada normatywny wzór logicznie uporządkowanych struktur nauki, natomiast świadomość potoczna jest, jak pisze T. Hołówka (1986, s. 173), "wzorem logicznego niechłujstwa".

Dla potrzeb prezentowanej pracy najlepszym wydaje się przyjęcie takiego rozumienia potoczności, które opiera się na wskazaniu pozaprofesjonalnego podmiotu świadomości⁷.

Warto zauważyć że ujęta zgodnie z propozycją M.Marody świadomość potoczna nie musi być wyłącznie atrybutem grup pozaprofesjonalnych oraz, z drugiej strony, że świadomość profesjonalna nie musi być obca tym grupom. Tak jak w podmiotowo zdefiniowanym myśleniu potocznym występuje wiele elementów wiedzy z obszaru różnych profesji, w tym i medycznej, tak w myśleniu profesjonalnym (dotyczącym obiektu zainteresowań danej profesji) stwierdzić można wiele elementów charakterystycznych dla wiedzy potocznej. Na uznaniu zasadności pierwszego z tych stwierdzeń opierają się badania zmierzające do ustalenia tych elementów wiedzy profesjonalnej, które obecne są w świadomości członków grup pozaprofesjonalnych. Z kolei do uznania zasadności drugiego ze stwierdzeń skłaniają wyniki badań W.Zatońskiego i K.Gottesmana (1988), którzy zwracają uwagę na fakt, że w obszarze wiedzy lekarzy dotyczącej przedmiotu ich profesji funkcjonuje wiele treści charakterystycznych dla wiedzy potocznej oraz że pomiędzy badanymi profesjonalistami istnieje wyraźnie zauważalny brak zgodności w poglądach na podstawowe problemy.

Dalszym zagadnieniem, na które należy zwrócić uwagę jest stwierdzenie, na czym polega (w sensie pojęciowym - nie ontologicznym) społeczny charakter potocznej świadomości zdrowotnej.

⁷ Przy takim ujęciu - nazwać je można "podmiotowym" (w odróżnieniu od "przedmiotowego" określenia świadomości jako "zdrowotnej") - kryterium zaczerpnięte z propozycji J.Szczepańskiego potraktować można jako postulat, aby w zainteresowaniach potoczną świadomością zdrowotną przedmiotem jej czynić te zagadnienia z obszaru zdrowia, które bliskie są problemom "życia codziennego". Postulat ten odczytać można jako dążenie, aby wizja rzeczywistości zakładana przez badacza (Nowak: 1984) maksymalnie, na ile jest to możliwe, była otwarta dla wizji rzeczywistości akceptowanych przez badane osoby (por.Marody:1987) i nie zniekształcała tych potocznych wizji. Z kolei charakterystyki wiedzy potocznej (i profesjonalnej) zaproponowane przez M.Marody uznać można za zespół problemów czy hipotez badawczych, godnych uwzględnienia w empirycznych analizach zagadnień nabywania, uznawania i porządkowania przez ludzi określonych sfer ich wiedzy o zdrowiu. Pojawić się tu mogą takie pytania jak: z jakich źródeł badane osoby czerpią przekonania dotyczące zdrowia, jakie okoliczności sprzyjają nabywaniu, umacnianiu czy wygaszaniu danych sądów o zdrowiu, do jakich autorytetów badani odwołują się w takich czy innych sytuacjach niepewności związanych ze zdrowiem, jaka jest struktura ich wiedzy o zdrowiu? itp.

Dla określenia świadomości zdrowotnej terminem "społeczna" wystarczającym kryterium okazuje się niekiedy jej pozaprofesjonalny podmiot, co pozwala uznać jako tożsame przymiotniki "potoczny" (w przyjętym znaczeniu) i "społeczny". Wiąże się to z reguły z akceptacją socjomedycznego paradygmatu zdrowia i ograniczeniem zakresu pojęcia świadomości zdrowotnej do świadomości laików (wiedza profesjonalna traktowana zawsze jako "obiektywna" nie podlega w tym paradygmacie analizom socjologicznym). Termin "społeczny" oznacza tam tyle, co "niemedyczny". Częściej jednak kryterium to występuje łącznie z uwagą zwróconą na świadomość charakterystyczną dla jakiegoś wyróżnionego podmiotu zbiorowego - "laicy" są tu reprezentantami wyraźniej określonych zbiorowości społecznych, np. lokalnych społeczności wiejskich.

Takie rozumienie świadomości społecznej, gdzie traktuje się ją jako świadomość właściwą określonym zbiorowościom ludzi - tutaj już nie tylko zbiorowościom pozaprofesjonalnym - odnaleźć można u St. Ossowskiego. "Sądzę, pisze St. Ossowski (1982, s. 108-109), że nie trzeba się lękać widma hipostaz, którymi obciążony jest termin <świadomość społeczna>, jeśli się z góry wyjaśni, że zwrotu <w społecznej świadomości> używam jako wyrażenia skrótowego, że idzie tu o treści myślowe charakterystyczne dla pewnych środowisk, że idzie o pojęcia, obrazy, przekonania i oceny, które są mniej lub więcej wspólne ludziom pewnego środowiska i które w świadomości poszczególnych jednostek umacnia wzajemna sugestia, umacnia przekonanie, że dzielą je również inni członkowie tej samej grupy".

W oparciu o przedstawioną definicję St. Ossowskiego, M. Ziółkowski (1989) proponuje określić świadomość społeczną m.in. poprzez odwołanie się do trzech kryteriów, jakimi są: 1) wspólnota przekonań występujących u członków danej zbiorowości, a ponadto, 2) uświadamianie sobie przez nich tej wspólnoty oraz 3) podejmowanie na gruncie tych przekonań odpowiednich, indywidualnych albo zbiorowych działań⁸. Wyróżnione cechy potraktować można, zgodnie z intencjami M. Ziółkowskiego, jako problemy empiryczne, co pozwala badać zarówno zakres jak i stopień "uspołe-

⁸ Kryteria te autor ów traktuje w sposób idealizacyjny, co oznacza, że "układy przekonań indywidualnych żywionych przez członków różnych grup czy kategorii społecznych w różnym stopniu wykazują powyższe cechy, czasami wykazują z pewnym natężeniem jedynie niektóre z nich, a bardzo rzadko owe trzy kryteria spełnione są równocześnie i w ca-

cznienia” świadomości. Tak więc analizować można powszechność określonych poglądów w danej zbiorowości, stopień uświadamiana sobie tej powszechności przez członków określonej wspólnoty społecznej oraz, co wydaje się szczególnie interesującym zagadnieniem, wpływ uspołecznionego myślenia na zachowania podejmowane w tej zbiorowości.

W podsumowaniu powyższych uwag chcąc przyjąć, że świadomość potoczna i świadomość społeczna traktowane tutaj będą jako terminy bliskoznaczne, aczkolwiek nie tożsame. Świadomość potoczna obejmie te wszystkie aspekty świadomości, które zostały empirycznie stwierdzone (lub hipotetycznie założone) u poszczególnych osób uznanych w taki czy inny sposób za reprezentantów różnych pozaprofesjonalnych (gdy idzie o zdrowie) zbiorowości społecznych. Świadomość społeczna odnosić się będzie natomiast tylko do tych elementów świadomości potocznej, które wykazują znaczące **podobieństwo w przypadku większej ilości osób**. Ilości tej nie określę w sposób teoretyczny lecz czynię ją, jak M.Ziółkowski, problemem empirycznym. Ponadto przyjmuję możliwość empirycznego badania innych aspektów “uspołecznienia” potocznej świadomości zdrowotnej, nie czyniąc ich jednak warunkami definicyjnymi.

W i e d z a i m y ś l e n i e p o t o c z n e

Kolejnym problemem związanym z interpretacją świadomości jest odniesienie jej do takich pojęć jak wiedza i myślenie.

Wskazać można dwa generalne sposoby rozumienia wiedzy, które M.Ziółkowski (1989) nazywa “wąskim” i “szerokim”.

Wiedza w wąskim rozumieniu odpowiada najbardziej rozpowszechnionym intuicjom co do znaczenia tego pojęcia. Odnosi się zazwyczaj do treści poglądów pewnych, prawdziwych, trafnie odzwierciedlających rzeczywistość. Jako “obiektywna” odróżniana jest od treści “subiektywnych”, np. przekonań, opinii, poglądów, wyobrażeń itp. Przyjmuje się na ogół, że zakres ustaleń należących do wiedzy jest określony w sposób nie budzący większych wątpliwości. Najczęściej zostaje ona utożsamiona ze świadomością profesjonalną, a dokładniej z tymi jej treściami, które uznane zostają w grupach profesjonalnych za prawdziwe sądy o rzeczywistości. W odniesieniu do zdrowia wąsko pojęta wiedza obejmuje z reguły treści wyrażone w twierdzeniach i pojęciach dyscyplin medycznych.

Drugie, szerokie rozumienie wiedzy obejmuje nie tylko zespół treści uznanych na podstawie określonych kryteriów za ustalenia pewne, ale również to, co "zwykło określać się mianem opinii, poglądów, a nawet - z punktu widzenia stojącego z boku obserwatora - czymś złudzeniem, fałszem poznawczym, stereotypem, przesądem czy uproszczeniem" (Ziółkowski: 1989, s. 32). Tutaj do wiedzy zaliczone zostaje wszystko to, co dany człowiek wie na zasadzie wewnętrznego przekonania, że "tak jest", bez konieczności poszukiwania dodatkowych uzasadnień (Marody: 1987, s. 174; Berger, Luckmann: 1983).

W zakres wiedzy utożsamionej z przekonaniami wchodzi nie tylko sądy pewne, jasne i wyraźne. Są one przemieszane z ocenami, wartościowaniem i emocjami. Znaczenie zwrotu "x wie, że p" występować tu może także w znaczeniu x przypuszcza, że p; cieszy się lub martwi, że p; ma nadzieję, że p; chce czy chciałby pod pewnymi warunkami, żeby p; uważa, że dobrze, że p itp. (Ziółkowski: 1989, s. 33).

Ujęcie świadomości potocznej w kategoriach wiedzy ma tę niewątpliwą zaletę, że pozwala wyeksponować zawarte w niej treści i skoncentrować uwagę na przedmiocie świadomości. Natomiast wybór którejs z przedstawionych koncepcji wiedzy powinien, wydaje się, zostać tutaj uzależniony od uznania jej adekwatności w stosunku do empirycznego kształtu świadomości potocznej. Można zasadnie przyjąć, że wąskie ujęcie obejmuje jedynie pewien wycinek treści obecnych w potocznym myśleniu, podczas gdy ujęcie szerokie pozwala ogarnąć znaczny jego obszar, co z punktu widzenia celu prezentowanej pracy skłania do akceptacji tego ostatniego. Przy takim stanowisku pojawić się jednak może problem, czy warto pozbywać się ugruntowanego w obiegowych intuicjach rozróżnienia pomiędzy wiedzą (wąsko pojętą) a przekonaniami (szeroko rozumianą wiedzą) i tą drugą kategorię określać terminem pierwszej. Sądzę, że jest to uzasadnione tak ze względów natury epistemologicznej jak i społeczno-psychologicznej.

Z epistemologicznego punktu widzenia oddzielenie wiedzy pewnej od subiektywnych przekonań jest płynne i umowne, dokonywane jest przy zastosowaniu różnorodnych, nie zawsze ze sobą zgodnych kryteriów, co sprawia, że wskazać można współwystępowanie różnych prawd (zob. Siemianowski: 1986). Ponadto treści uznawane za prawdziwe nie zawsze muszą "rzeczywiście" być prawdziwe. Z drugiego punktu widzenia należy zauważyć, że o uznaniu przez danego człowieka określonych treści za

wiedzę decyduje często nie tyle ich "rzeczywista" prawdziwość, co w różny sposób racjonalizowane, ale subiektywne, psychologicznie pojęte przekonanie, że jest właśnie tak, jak głoszą te treści. Wydaje się jednak, że nie należy całkowicie porzucać rozróżnienia wąsko rozumianej wiedzy i często nie będących taką wiedzą przekonań, ale podział ten przenieść na płaszczyznę odmienności wiedzy (świadomości) profesjonalnej i pozaprofesjonalnej - ujętej w takim sensie, w jakim M.Marody proponowała odróżnić wiedzę profesjonalną od potocznej.

Przyjęcie takiego spojrzenia na świadomość, które miałoby utożsamiać ją wyłącznie z wiedzą, nawet w szerokim znaczeniu, może sugerować akceptację statycznego jej obrazu, a przynajmniej zgodę na statyczne jej ujęcie dla potrzeb prowadzonych badań. Trudno chyba zgodzić się na takie potraktowanie świadomości potocznej gdyż, jak sugerować mogą analizy St.Ossowskiego (1967) czy T.Hołówki (1986), dynamika wydaje się jedną ze szczególnie istotnych jej cech. Tak więc poszukiwać należy pojęć lepiej oddających tę dynamikę niż określenia typu: "zmienność opinii", "modyfikacja przekonań" czy "nabywanie wiedzy". Pojęciem takim, pozwalającym wyeksponować różnego typu przemiany zachodzące w treściach świadomości (wiedzy) może stać się myślenie.

"Myślenie - pisze J.Kozielecki (1976, s.351-352) - jest czynnością obejmującą tak różnorodne procesy, jak planowanie, przewidywanie, projektowanie, odkrywanie, ocenianie, rozumienie czy wnioskowanie [...] jest łańcuchem operacji umysłowych, za pomocą których przetwarzamy informacje, czyli treści zakodowane w spostrzeżeniach, wyobrażeniach i pojęciach". Takie, charakterystyczne dla psychologii, zdefiniowanie myślenia kieruje uwagę nie tyle na efekty tego procesu dla funkcjonowania człowieka, ale na sam przebieg czynności psychicznych, na funkcjonowanie umysłu. Krytykując ów stan rzeczy na terenie psychologii społecznej M.Marody (1987, s.17) zauważa, że nawet wśród zwolenników koncepcji poznawczych "nikt nie był zainteresowany tym, **co** ludzie myślą, **co** postrzegają, **co** robią, **czego** się uczą [...] ważne były tylko prawa rządzące **procesem** myślenia, postrzegania, uczenia się, działania". Tymczasem myślenie ująć można nie tylko jako dającą się wyodrębnić czynność, której przebieg można analizować, ale również jako proces, w którym wykorzystywane

i przetwarzane są określone informacje, i w którego wyniku powstają konkretne przekonania, a więc określona wiedza o rzeczywistości, zdolna do inspirowania różnych spośród tych zachowań człowieka, które podlegają w jakimś stopniu jego intelektualnej kontroli .

Pojęcie myślenia zaproponowane przez M.Marody, eksponujące treści wiedzy pojawiającej się w tym myśleniu i ich związek z działaniami, wydaje się tutaj bardzo użyteczne. Pozwala ono spojrzeć na świadomość potoczną nie tylko jako na wyodrębnione i nie zawsze powiązane ze sobą elementy wiedzy (w tym także nastawienia emocjonalno-wartościujące) lub nawet szerzej ujęty i względnie uporządkowany, ale statyczny zespół treści (jak np. obrazy czy wizje rzeczywistości), ale jako na układ niezwykle dynamiczny, pełen ruchu, w którym coś się bez przerwy zmienia, coś się z czymś ciągle ściera, coś z czymś walczy, w którym jedne tendencje ustępują miejsca innym, by za chwilę pojawić się znów w polu uwagi i doznań emocjonalnych (Nowak: 1985, s. 67)⁹.

W podsumowaniu powyższych uwag chcę odnotować, że zarówno wiedzę jak i myślenie traktował tu będę jako synonimy świadomości. ***Wiedza odnosić się będzie do zespołu statycznie ujętych treści*** wyrażanych (przy okazji badań socjologicznych) przez poszczególne osoby. ***Myślenie natomiast obejmie wiedzę potraktowaną dynamicznie*** - ujawniającą się w określonych sytuacjach, zmieniającą się w zależności od tych sytuacji. O ile jednak wiedza utożsamiona zostanie z treścią zgromadzonych odpowiedzi na pytania kwestionariusza (skategoryzowane i otwarte) lub z treścią wypowiedzi swobodnych uzyskanych w różnych badaniach, to ***myślenie zawierać będzie ponadto zespół hipotez dotyczących zasad i mechanizmów eksponowania się w świadomości jednych a ukrywania się innych treści, zasad i mechanizmów współwystępowania i uzgadniania odmiennych przekonań***, jak również wpływu różnych elementów wiedzy (w ramach całości myślenia) na takie lub inne działania. Oparcie się tutaj na hipotezach podyktowane jest oczywiście brakiem tego rodzaju ugruntowanych twierdzeń w dorobku teoretycznym dyscyplin badających potoczną świadomość zdrowotną.

⁹ Takie ujęcie myślenia, eksponujące zaczerpnięty z koncepcji St.Ossowskiego /1967/ polimorfizm ludzkiej świadomości, wykracza oczywiście poza obszar w pełni kontrolowanych introspekcyjnie procesów intelektualnych, co być może nieco odbiega od powszechnych skojarzeń związanych z terminem "myślenie", jednakże odpowiada przyjętemu wcześniej szerokiemu rozumieniu wiedzy.



CZĘŚĆ II

ZDROWIE W ŚWIADOMOŚCI DZIECI I MŁODZIEŻY

Systematyczne omawianie świadomości zdrowotnej społeczeństwa polskiego w wyróżnionych wyżej czterech jej aspektach chcę poprzedzić analizą pojęcia zdrowia w definicjach formułowanych przez dzieci i młodzież. Chociaż problem ten wykracza poza kategorie zaproponowanej struktury przedmiotowej potocznej świadomości zdrowotnej, to jego prezentacja ma tutaj do spełnienia dwie podstawowe funkcje. Po pierwsze, ma to być pokazanie wielości i złożoności treści zawieranych w pojęciu zdrowia - tym razem już nie w świadomości profesjonalnej, ale potocznej. Chodzi o zilustrowanie tezy, że zdrowie w potocznym pojmowaniu jest również tak wieloznaczne i skomplikowane, jak pokazała to wcześniejsza analiza teoretyczna. Po drugie, ma to być rodzaj wstępu, w którym pojęcie zdrowia przedstawia się tak, jak rozumiane jest ono w badanej zbiorowości w sposób "otwarty", tzn. bez sugerowania respondentom jakichkolwiek ograniczeń w jego pojmowaniu, bez podsuwania im znaczeń akceptowanych przez badacza, bez ukierunkowywania ich sposobu myślenia.

Referowany dalej materiał uzyskany został w Łodzi w 1987 r. Dzięki pomocy kilku wychowawców w dwóch przedszkolach oraz nauczycieli w dwóch szkołach podstawowych i jednym liceum ogólnokształcącym udało się zgromadzić zbiór rysunków, ustnych komentarzy do nich oraz, nie

związanych z nimi, pisemnych wypowiedzi przedstawiających dziecięce i młodzieżowe pojmowanie zdrowia i choroby¹.

Porządkowanie zebranych danych miało głównie charakter jakościowy i zmierzało do wychwycenia najczęściej powtarzających się treści myślenia o zdrowiu właściwego badanym grupom i poszczególnym osobom. Rezygnacja z precyzyjnego opracowania ilościowego podyktowana została zarówno immanentnymi cechami dziecięcych wypowiedzi (trudności z werbalizacją myśli), ale przede wszystkim względami metodologicznymi (m.in. przypadkowy dobór respondentów, brak określenia reguł reprezentatywności, brak ujednolicenia sytuacji uzyskiwania danych, słabo kontrolowany ewentualny wpływ osób trzecich). O ile tego rodzaju materiał nie przeszkadza przy próbach wskazywania typowych, charakterystycznych elementów czy cech myślenia, to skłania do ostrożności przy ich kwantyfikowaniu.

Prowadzone dalej analizy pomyślane zostały tak, aby stopniowo, wychodząc od najbardziej ulotnych skojarzeń, budować coraz bardziej dojrzały obraz zdrowia jako pojęcia, którym posługują się ludzie w swym codziennym życiu. Idea takiej stopniowej prezentacji posiada tutaj trzy aspekty. Pierwszy z nich to omawianie kolejno świadomości osób z coraz starszych grup wiekowych - od przedszkolaków po młodzież licealną. Wiąże się to oczywiście ze wzrastającą dojrzałością intelektualną zebranych wypowiedzi. Drugi aspekt polega na przechodzeniu od analiz poszczególnych treści zawartych w dziecięcych określeniach zdrowia i choroby, ujętych na poziomie zbiorowości, do omawiania potocznych definicji zdrowia już jako

¹ W wyniku tego można było poddać analizie 113 rysunków dzieci w wieku 5-6 lat (z pięciu grup przedszkolnych), z których 70 przedstawiać miało zdrowie a 43 chorobę, a także szereg wypowiedzi autorów tych rysunków, zmierzających do ich zinterpretowania. Dalszy materiał, pochodzący od uczniów w wieku 10-13 lat (z siedmiu klas szkoły podstawowej) objął 97 rysunków mających obrazować zdrowie i 51 chorobę oraz 193 krótkie pisemne odpowiedzi na pytanie sformułowane: "co to jest zdrowie?" i 129 "co to jest choroba?" - zadawane łącznie z poprzednim pytaniem. Powyższe dane uzyskiwane były w trakcie zajęć lekcyjnych. Od młodzieży licealnej (z klas I-III) otrzymałem 139 pisanych w domu tekstów na temat: "co to jest zdrowie?". Wychowawcy i nauczyciele współpracujący przy zbieraniu materiałów zostali poinformowani, by nie sugerować dzieciom jakichkolwiek znaczeń zdrowia czy choroby oraz aby uzyskiwane wypowiedzi formułowane były przez badanych możliwie najbardziej samodzielnie.

całości, widzianych jako atrybuty jednostek. Po trzecie, świadomość początkowo ujęta wyłącznie w statycznych kategoriach wiedzy prezentowana będzie pod koniec również jako dynamiczne myślenie.

DZIECI PRZEDSZKOLNE O ZDROWIU I CHOROBI

W omówieniu wiedzy o zdrowiu i chorobie uzyskanej od dzieci w wieku przedszkolnym chcę przede wszystkim zwrócić uwagę na dwie sprawy. Pierwsza to charakterystyka dobrego zdrowia, druga dotyczy jego relacji do pojęcia choroby.

Rysunki przedszkolaków zatytułowane "zdrowie" przedstawiają głównie takie motywy jak: uśmiech, zabawa, słońce, niebo, owoce. Są tam wyraźnie zaznaczone uśmiechnięte buzie dzieci spacerujących z rodzicami lub bawiących się z rówieśnikami. Dominuje sceneria przestrzeni, słonecznego nieba, kwiatów, drzew. Obok dzieci lub w ich rękach często pojawiają się owoce i warzywa. W komentarzach do tych rysunków zdrowie jawi się jako: "coś, z czego ludzie się cieszą", "i kochają się", "gdy dzieci są zadowolone i śmieją się", "to spacer po dworzu", "to spanie", "jak dzieci jedzą owoce i warzywa", "jak się gimnastykują", "jak piją mleko", "bo trzeba się czysto ubierać", "trzeba jeść witaminy".

Rysunki zatytułowane "choroba" pokazują przeważnie dziecko leżące w łóżku, czasami kilkoro dzieci w łózkach. Obok dziecka pojawiają się rodzice, najczęściej mama, często także inne dzieci odwiedzające chorego. Kilkoro leżących dzieci to z reguły chore rodzeństwo albo mali pacjenci w sali szpitalnej, obok których zazwyczaj pojawia się osoba w czepku pielęgniarskim. Przy łózkach znajdują się opakowania z lekarstwami, często zabawki i cukierki. Cukierki te raz są przyczyną choroby ("bo za dużo cukierków"), raz pocieszeniem dla chorego dziecka, które otrzymuje od rodziców. Interesującym elementem jest pojawiający się na kilku rysunkach muchomor, który wskazywać ma na przyczynę choroby. Inny szczególnie eksponowany motyw to gabinet lekarski lub apteka z półkami i szafkami pełnymi leków. Częstym motywem jest także osoba z laską (raz człowiek stary, raz niewidomy) idąca do apteki, niekiedy prowadzona przez dziecko. Ogromna większość rysunków przedstawia zamknięte

pomieszczenia, prawie zupełnie znika silnie eksponowany w wyobrażeniach zdrowia element słońca i przestrzeni. Kilka rysunków ukazuje kontrast pomiędzy chorym dzieckiem przebywającym w domu a zdrowymi bawiącymi się poza domem.

W komentarzach dzieci choroba określana jest głównie przez wskazanie jej skutków: "trzeba leżeć w łóżku", "trzeba pić syrop, jeść tabletki", "trzeba iść do lekarza", "trzeba być przykrytym", "nie można wychodzić na dwór", "nie można jeść lodów", a także jej oznak: "boli brzuch i gardło", "jak jest temperatura", "jak ktoś kaszle, ma katar i chrypkę", "jest blady", "ma gorącą głowę", "jest smutny". Rzadziej pojawiają się wypowiedzi mające wskazywać źródło choroby: "jest zatrute powietrze", "on się zaraził", "bo się zatrul".

Porównując (na poziomie zbiorowości) dziecięcy obraz zdrowia z obrazem choroby należy zauważyć, że ten drugi wydaje się bardziej urozmaicony. Podczas gdy zdrowie wszyscy rozumieją w dość zbliżony i, co należy podkreślić, ogólny sposób, to choroba przedstawiana jest w wielu różnych aspektach, bardziej przy tym skonkretyzowanych. Dzieci łatwiej ponadto wypowiadają komentarze na temat choroby niż zdrowia, co skłaniać może do wniosku o silniejszym ugruntowaniu w ich świadomości tej pierwszej kategorii. Różne ich życiowe doświadczenia, niekiedy przykre, nazywane są właśnie mianem choroby, podczas gdy doświadczenie zdrowia jest chyba rzadziej nazywane, co sprawia, że jego obraz jest bardziej ulotny. W wielu sytuacjach nazywane są natomiast czynności mające sprzyjać zdrowiu i z tego chyba względu znajdują one wyraźne odzwierciedlenie w dziecięcych wyobrażeniach zdrowia, często zdominowując te wyobrażenia.

DEFINICJE CZĄSTKOWE ZDROWIA I CHOROBY W ŚWIADOMOŚCI UCZNIÓW SZKÓŁ PODSTAWOWYCH

Rysunki wykonane przez starsze dzieci, uczniów klas IV-VII szkół podstawowych, przedstawiają zdrowie i chorobę w nieco odmienny sposób niż prace ich młodszych kolegów.

Choroba na obecnie omawianych rysunkach związana jest prawie zawsze z działalnością personelu medycznego. Najczęściej pojawiające się motywy to karetka pogotowia, budynek lub sala szpitalna, lekarz lub pie-

ięgniarka badająca pacjenta, apteka. Inny temat, znacznie już rzadszy, przybiera formę plakatu antyalkoholowego lub (i) antynikotynowego.

Plakat jest natomiast prawie wyłącznym sposobem przedstawienia zdrowia. Przytłaczająca większość prac to bardziej lub mniej wierne skopiowanie plakatów Polskiego Czerwonego Krzyża (często nawet łącznie z zamieszczonym na nich znakiem graficznym tej organizacji), rozpowszechnionych na terenie szkół. Towarzyszące rysunkom podpisy wyraźnie potwierdzają tezę o takiej ich inspiracji.

Gdy idzie o motywy tematyczne pojawiające się na pracach za-tytułowanych "zdrowie" to wskazać można kilka dominujących.

Podobnie jak w przypadku rysunków obrazujących chorobę, tutaj także przedstawiona zostaje działalność personelu medycznego - np. lekarz i pielęgniarz w gabinecie i podpis "dbają o twoje zdrowie" lub "nie lecz się sam", siostra PCK opatrująca dziecku nogę i napis "ucz się udzielać pierwszej pomocy" itp.

Tu również pojawia się i jest silnie eksponowana problematyka antyalkoholowa i antynikotynowa (np. "kto pali i pije ten krócej żyje", "chron serce przed alkoholem i papierosami").

Inne z dominujących tematów to: troska o czystość (np. "myj zęby", "myj ręce", "myj owoce"), uprawianie ćwiczeń fizycznych (np. "sport to zdrowie"), elementy prawidłowego żywienia (np. "pij mleko", "owoce + warzywa = zdrowie") oraz połączenie zdrowia i urody (np. uśmiechnięta twarz z podpisem "zdrowie i uroda życia ci doda", "ładne zęby to uroda", "czysta woda to uroda").

Zestawienie omawianych prac z rysunkami przedszkolaków pozwala dostrzec wśród starszych dzieci wyraźne zubożenie myślenia o zdrowiu i chorobie. Skojarzenia dotyczące zdrowia ograniczone zostają zasadniczo do zaleceń natury higienicznej, popularyzowanych w masowych przekazach. Zupełnie zanikają teraz elementy spontanicznej radości, zabawy, przestrzeni. Choroba z kolei zostaje zunifikowana jako obszar związany z działalnością medyczną oraz piciem alkoholu i paleniem tytoniu. Znika tu przedstawiona przez dzieci przedszkolne różnorodność aspektów choroby.

Taki zubożony, można rzec schematyczny, obraz zdrowia i choroby charakterystyczny jest dla graficznej prezentacji tych pojęć. Wypowiedzi pisemne omawianej grupy osób ukazują bowiem obraz znacznie bogatszy.

Poszczególne osoby określają tak zdrowie, jak i chorobę najczęściej kilkoma prostymi zdaniami, co na poziomie zbiorowości daje jednak dość bogatą charakterystykę obu kategorii. Ujmując teraz ich znaczenia z osobna i grupując według podobieństwa treści, potraktować je można jako potoczne definicje częściowe obu pojęć. Ich przegląd rozpoczynają treści określające zdrowie.

W pierwszej kolejności można zwrócić uwagę na fakt, że pewna część analizowanych definicji zdrowia zawiera w sobie, a często ogranicza się do logicznego schematu typu *idem per idem*. Wyrażają to wypowiedzi takie jak np.: "zdrowie jest gdy człowiek jest zdrowy", "zdrowie jest zdrowiem i tyle", "zdrowie jest fizyczne i psychiczne", "to uczucie, że jest się zdrowym", "gdy ma się silne zdrowie", "to zdrowy organizm". Zdaje się to świadczyć o abstrakcyjności definiowanego przedmiotu.

Abstrakcyjność, o której mowa, a jednocześnie dużą wartość zdrowia wydają się wskazywać wypowiedzi określające je jako bliżej nie scharakteryzowane coś, czemu przysługuje atrybut bycia niezwykle ważnym i cennym. I tak zdrowie to "bardzo ważna rzecz w życiu", "dobra rzecz dla człowieka", "najważniejsza rzecz", "wszystko, co najlepsze", "coś, co jest potrzebne każdemu człowiekowi", "to dobro", "jeden z największych skarbów", "to coś, czym można się szczycić". "Zdrowie to pomyślność", "najcenniejszy dar życia" ale również "najważniejszy obowiązek człowieka". "Człowiek nie posiadający zdrowia jest na tym świecie niczym" natomiast "zdrowy człowiek nie musi obawiać się o siebie".

Takiemu silnie wartościującemu i wysoce abstrakcyjnemu sposobowi myślenia odpowiada ujęcie zdrowia jako korelatu życia. Zdrowie to "coś, od czego zależy życie", "jest ono potrzebne do codziennego życia", "pozwala człowiekowi żyć", natomiast "uszczerbek zdrowia grozi śmiercią". Może ono być tylko "nieodłączną częścią życia" o charakterystyce organicznej ("to stan organizmu pozwalający żyć", "żywy organizm", "wszystko, co potrzebne do życia organizmu"), ale również może być czymś wzbogacającym życie ("gdy zdrowie to życie jest lepsze", "to chęć do życia", "jest celem życia").

Ważne miejsce w charakterystyce zdrowia i życia zajmuje radość, uśmiech, szczęście. Wyrażają to takie sformułowania, w których odpowiedź na pytanie: co to jest zdrowie? - brzmi: "to radość z życia", "poczucie humoru", "gdy człowiek jest wesoły, śmieje się i dużo je", "gdy chce ci się

żyć i jesteś zadowolony”, “to szczęście”, “sama radość”, “radość, zabawa i wszystko co najlepsze”, “to lunapark”. “Zdrowy człowiek odbiera wszystko z humorem”, “chce przebywać w pogodnym towarzystwie”, “jak nie ma zdrowia to człowiek cierpi”.

Bardzo popularnym sposobem określania omawianego pojęcia jest odwołanie się do samopoczucia jako istoty, kryterium lub efektu zdrowia. Zdrowie to “dobre samopoczucie”, “coś związane z dobrym samopoczuciem”, “samopoczucie fizyczne i psychiczne”, “stan, gdy człowiek czuje się dobrze”, “stan samopoczucia”, “gdy człowiek mówi, że dobrze się czuje”, “czynnik biologiczny, który sprzyja samopoczuciu”, “uczucie dobrego funkcjonowania organizmu”, “gdy czujemy się silni fizycznie i psychicznie” itp. Jak można zauważyć w tych przykładach, samopoczucie raz jest kategorią bardzo ogólną, innym razem natomiast pojawia się jako odczucie nieco bardziej skonkretyzowanego stanu, np. “nie odczuwanie żadnych dolegliwości i chorób”, “poczucie siły” itp.

Jeżeli różne aspekty samopoczucia są najczęściej pojawiającym się elementem omawianych definicji zdrowia, to następnym w kolejności jest takie jego ujęcie, gdzie jest ono korelatem braku dolegliwości i chorób. Kategoria dolegliwości, jakgdyby skupiająca treść pośrednią pomiędzy chorobą a złym samopoczuciem, pojawia się w takich określeniach zdrowia jak: “zdrowie jest gdy nic nie dolega”, “mało dolegliwości”, “jak się na nic nie narzeka” itp. Podobną treść niosą chyba określenia: “brak bólu”, “jak nic nie boli”, “życie bez bólów i urazów”, “gdy nie boli głowa lub ręka” itp. Definicje zdrowia formułowane w związku z chorobą zostają wyrażone jako “brak choroby”, “stan człowieka, gdy nie choruje”, “okres, w którym nie choruje”, “mało przebytych chorób”, “brak częstych chorób”, a także “odporność fizyczna chroniąca przed chorobą” itp. Zdrowie to również “zapobieganie chorobom zakaźnym” i “brak powodów do zachorowania”.

Zdaniem wielu respondentów “człowiek ze słabym zdrowiem częściej choruje”, “gorzej przechodzi wszystkie choroby” i dlatego “musimy być zdrowi żeby nie chorować”. Te ostatnie wypowiedzi zdają się sugerować, że dla ich autorów zdrowie nie jest prostym przeciwieństwem choroby ale jakimś bliżej nie określonym czynnikiem przeciwdziałającym chorobie.

Wskazać można również grupę definicji, w których zdrowie zostaje przedstawione jako “prawidłowe pracowanie organizmu” oraz “dobry stan

fizyczny naszego ciała". Wypowiedzi oparte o taką ideę zdrowia ukazują je, przykładowo, jako "stan, w którym człowiek ma 36,6 stopni C", "takie zjawisko w człowieku, w którym witaminy są dobrze stosowane", "czyste przewody pokarmowe i gdy serce regularnie bije", "organizm, w którym nie ma bakterii", "nie połamane kości, a organizm bez żadnych nowotworów", "zdrowe wszystkie narządy", "swobodny ruch ciała". W nieco innym, bardziej abstrakcyjnym ujęciu, zdrowie to "czynnik biologiczny odpowiadający za pełną sprawność wszystkich organów" lub "coś, co jest potrzebne do prawidłowego funkcjonowania organizmu".

W istotnej grupie wypowiedzi zdrowie definiowane jest nie tyle, czy nie tylko, jako możliwość prawidłowego funkcjonowania organizmu, ale prawidłowego funkcjonowania człowieka w ogóle. Szczególnie wyeksponowana zostaje przy tym szeroka możliwość aktywności, zwłaszcza pracy, oraz sprawność fizyczna i siła. Tak więc "zdrowie fizyczne to możliwość wykonywania uciążliwej pracy, a psychiczne pozwala pracować na odpowiedzialnych stanowiskach". Człowiek zdrowy "może robić wszelkie czynności, w których potrzebny jest wysiłek fizyczny lub psychiczny", "wszystko może zrobić", "może pracować, bez problemu uczyć się", "może się bawić, chodzić do szkoły i dobrze się uczyć" itp. Przede wszystkim jednak "człowiek zdrowy jest silny", "czuje się swobodnie i jest pełen energii". "Zdrowemu chce się działać, nie jest ospały i ma dobrą kondycję", "ma zgrabną sylwetkę i uprawia sport", "dużo trenuje", "jest człowiekiem śmiałym, silnym i rozmownym a także przystępnym dla innych".

Część osób definiuje zdrowie - czy raczej człowieka zdrowego - w relacji do korzystania z opieki medycznej. Osoba zdrowa "nie musi chodzić do lekarza", "nie musi mieć żadnych poważnych operacji", a ogólnie - "nie musi się leczyć". Przy zastosowaniu jakgdyby mocniejszego kryterium zdrowy jest człowiek, który faktycznie "nie spożywa różnych leków" - "bo lekarskami człowiek się truje" i "mocne antybiotyki szkodzą na zdrowie".

Dwie ostatnie wypowiedzi pozwalają przejść do wyraźnego już wskazania takiego typu pojmowania zdrowia, w którym jest ono efektem wpływu określonych czynników na człowieka. Tak więc, "zdrowie to przede wszystkim sport, ruch na świeżym powietrzu, owoce, warzywa - czyli wszystko co jest potrzebne dla zdrowia". "Zdrowie to spożywanie owoców, warzyw, codzienne picie mleka", "to myte owoce jedzone czystymi rękoma".

"Człowiek by być zdrowym powinien dobrze się odżywiać, jeść witaminy, nie palić papierosów, nie pić alkoholu a jeść dużo owoców", "jeść wszystko, co zdrowe". Powinien również "dbać w higienę", "prowadzić higieniczne życie", "spacerować po świeżym powietrzu", "otwierać okno - gdy jest zimno, to na krótko, ale gdy ciepło, to na długo", "nie ubierać się ani za ciepło, ani za zimno", "być zahartowanym", "wieczorem powinien biegać w dresach a nie w majteczkach, bo jak zrobi się zimno to się może przeziębć", "powinien hartować odporność na mróz". "Człowiek zdrowy i sportowiec powinien tłumaczyć innym jak postępować". Należy w tym miejscu przypomnieć, że cytowane wypowiedzi to reakcje na pytanie "co to jest zdrowie?"

Zdrowie to również obowiązek troski o nie. "O zdrowie trzeba dbać, bo człowiek, który zaniedba siebie choruje i opuszcza się w szkole". "Zdrowie to coś takiego, co każdy człowiek powinien szanować, bo dzięki niemu może być wesół". "Każdy powinien robić wszystko, aby być zdrowym" bo "najważniejsze jest tylko zdrowie, a nie pieniądze". "Musimy dbać o swoje zdrowie, bo nie można go wymienić", "zdrowia nie wolno wyczerpywać". "Można je porównać do baterii w zegarku elektronicznym - bo jak jest dobra bateria, to wszystko gra, a jak zacznie się wyczerpywać, to trzeba ją naładować. Ale zdrowia naładować nie można, a tylko trochę poprawić".

Troska o zdrowie napotyka jednak na różne, wskazywane w wypowiedziach ograniczenia. "W naszych czasach i warunkach bardzo trudno zachować dobre zdrowie, ponieważ pyły radioaktywne, spaliny i papierosy niszczą nas wszystkich", "teraz jest bardzo dużo dymów i zatrute powietrze szkodzi zdrowiu", "różne choroby i zatrucia osłabiają nasze zdrowie i nie będziemy już mieć takiego jak było, ale gorsze".

Ostatni z aspektów omawianych definicji, jaki eksponuje się przy ich lekturze, to włączane w zakres zdrowia sądy ocenne o jego stanie. Występują one bądź to jako uogólnienia, np.: "każdemu człowiekowi coś dolega", "tak naprawdę to żaden człowiek nie jest zdrowy, bo w organizmach są bakterie, które niszczą człowieka", "ludzie chcą być zdrowi, ale nie wszyscy mogą się cieszyć zdrowiem, bo wielu nosi okulary, jest dużo starych ludzi, niektórzy się narkotyzują i popełniają nawet samobójstwa", bądź to pojawiają się w postaci sądów zindywidualizowanych: "ja jestem zdrow jak ryba", "trochę ostatnio chorowałam i dlatego moje zdrowie nie jest takie jak być powinno", "zdrowie to ja mam od kilku lat dobre" itp.

Dopełnieniem prezentowanego obrazu zdrowia w świadomości uczniów szkół podstawowych może być ukazanie treści wpisywanych przez nich w pojęcie choroby.

Podobnie jak w przypadku definicji zdrowia i tutaj spotyka się rozumowanie typu *idem per idem*, aczkolwiek pojawia się ono zdecydowanie rzadziej, zwłaszcza w roli całkowitej definicji choroby. Tak więc "choroba to stan w życiu człowieka, gdy zachoruje", "gdy jakiś człowiek stale choruje", "to człowiek chory na różne choroby". Idea "różnych chorób" jako podstawa definiowania choroby ujawnia się dwojako. Po pierwsze, polegać może na wprowadzeniu typologii, gdzie "są choroby groźne i mniej groźne", "choroby są lekkie albo ciężkie", "może być choroba fizyczna i psychiczna", "długa i szybko przemijająca". Po drugie, może to być wskazanie nazw chorób, co wyrażają wypowiedzi typu: "w naszym ciele są np. wrzody żołądka, jak również może być zapalenie oskrzeli czy płuc", "choroba jest to np. zapalenie opon mózgowych, płuc, rak różnych narządów lub całego człowieka", "jeśli ktoś ma grypę to wiadomo, że to choroba" itp.

Jako szczególnie istotny aspekt choroby wiele definicji eksponuje ból. Tak np. "choroba jest gdy człowieka coś boli", "to czynnik biologiczny, który powoduje różne bóle", "człowiek bardzo odczuwa chorobę - boli go głowa, ręce, nogi, brzuch", "jak ktoś ma wyrostek i go zaatakują to wtedy go bardzo boli i po tym właśnie poznać, że jest chory", "na początku nieraz nie można poznać, że jest się chorym i dopiero gdy np. jakiś nowotwór urośnie to wtedy boli".

W kolejnym spośród silnie eksponowanych ujęć, choroba oznacza zmieniony stan samopoczucia - "stan, w którym człowiek czuje się inaczej". "Choroba to taki humor, w którym źle się czujesz i nie chce ci się nic robić", "to uczucie, że nie mamy chęci do niczego", "nie mamy ochoty na zabawę". Ważnym elementem zmienionego samopoczucia jest smutek i brak dobrego humoru. "Choroba to smutek", "mama siedzi przy tobie a jest ci smutno". Człowiek chory "jest niemiły, rozdrażniony, najczęściej chciałby spać tak długo, jak długo trwać będzie niedostatek jego humoru", ponadto "jest zły i potłuczony". Wyrażnie eksponowane jest także uczucie osłabienia lub samo osłabienie. "Choroba jest gdy czujemy się wyczerpani", "jesteśmy słabi fizycznie i psychicznie". Człowiek chory "jest osłabiony i czuje, że szybko się męczy", "nie jest silny tylko bardzo słaby".

Choroba definiowana jest również poprzez wskazanie wynikających z niej ograniczeń w funkcjonowaniu człowieka. Człowiek chory "nie może robić wielu różnych rzeczy" - "nie jest zdolny do myślenia ani do ciężkich prac", "nie może mówić", "nie może jeść, bo nie ma apetytu", "jest powolny, ospały, niezdolny do kontaktów ze zdrowymi osobami", "nie może bawić się z dziećmi", "nie chodzi do szkoły", "nie może widywać się z kolegami i innymi osobami" itp. Odmianą takiego myślenia są definicje, w których "choroba oznacza leżenie w łóżku". "Musisz leżeć w łóżku i się nudzisz", "nie możesz się ruszyć", "nie jesteś w stanie prowadzić samodzielnego życia, bo musisz leżeć".

Niektóre definicje choroby ujmują ją jako korelat leczenia. "Kiedy człowiek jest chory to lekarz przychodzi i go bada". "Gdy doktor przepisuje leki, to znaczy, że jest jakaś choroba", "musisz brać lekarstwa a nawet bolesne zastrzyki", "człowiek spożywa tabletki i różne syropy, co oznacza chorobę". "Musisz brać leki, które nie tylko pomagają, ale także wycieńczają organizm".

Wskazać można również grupę wypowiedzi, w których choroba, zwłaszcza ta nazwana groźną, łączona jest ze śmiercią. "Z niektórej choroby nie można ludzi wyleczyć, a wtedy człowiek umiera". "Wielu ludzi, nierzadko młodych, umiera z powodu choroby", "teraz wielu młodych ludzi umiera, zostawiają rodziny i dzieci". "Choroba może spowodować śmierć lub kalectwo, a wtedy trzeba wzywać pogotowie". "Jak chory człowiek umrze to jest dla rodziny nieszczęście". Zdaniem wielu wypowiadających się osób "choroba wywoływana jest zaniedbywaniem codziennych obowiązków". "To lekceważenie ostrzeżeń i nakazań", "to zaburzenie zdrowia wywołane nieodpowiednim dbaniem o siebie". W takim stylu myślenia szczególnie wyeksponowane zostają trzy obszary zagadnień. Po pierwsze, są to zagrożenia ze strony tytoniu i alkoholu. "Choroba jest wtedy, gdy pali się papierosy i pije alkohol". "Jak człowiek pali to przez to staje się mniejszy i ma raka płuc", "choroba to palenie tytoniu bo zatrujemy płuca a nawet niszczymy serce". "Wódka to choroba", "bo wódka szkodzi na wątrobę", "człowiek pijany jest chory bo nie wie, gdzie dąży". Po drugie to wpływ szeroko pojętej złej higieny żywienia. "Choroba jest jak dzieci mało jedzą", "jak nie chcą jeść witamin", "jak źle się odżywiają", "jak jedzą brudne owoce", "jak piją nieprzegotowane mleko, bo w mleku są różne bakterie". Po

trzecie, choroba to efekt zmian termicznych. "Choroby winne są dzieci bo piją zimną wodę i jedzą lody w zimie", "zimą powinny być pozamykane budki z lodami, to dzieci by mniej chorowały i lepiej się uczyły", "choroba jest wówczas, gdy zimą ktoś się źle ubiera, a latem przegrzewa".

Silnie rozpowszechnionym elementem myślenia o chorobie jest uznanie, że "choroba to zakażenie, które przechodzi z człowieka na człowieka", "to jakiś wirus zapalany, który działa na zdrowie", "to wniknięcie obcych chorobotwórczych bakterii do organizmu". "Choroba jest wtedy, gdy zarazki zaczynają walczyć, a nasz organizm potrzebuje wtedy pomocy, czyli owoców i warzyw". "Choroba to najedzenie się czegoś nieświeżego i wtedy wchodzi bakterie", "to nieodporny organizm, który bardzo szybko się zaraża".

W niektórych z omawianych definicji pojawiają się opisy i oceny dotyczące rozprzestrzenienia chorób. "Choroby są chlebem powszednim człowieka", "dużo osób w Polsce choruje na różne choroby", "dzieci w moim wieku są chore na serce, a jest to w naszym kraju choroba nieuleczalna", "na świecie jest coraz więcej chorób, a mało leków", "najgorszy jest rak, którego jest coraz więcej". "Ludność świata zagrożona jest nową chorobą AIDS, nie ma na nią żadnego leku", "AIDS w niedalekiej przyszłości wyniszczy całą ludzkość".

Kończąc prezentację dziecięcej wiedzy o chorobie, wyrażanej w jej definicjach, należy podkreślić fakt, że wiele omawianych wypowiedzi zawiera przedstawianą wprost negatywną ocenę choroby. "Choroba jest to nic przyjemnego", "to coś, czego człowiek nie chciałby mieć". "Choroba nigdy nie pomaga człowiekowi w życiu", "jest często przyczyną wielu niepowodzeń". "Choroba to bardzo męczący stan", w którym "człowiek jest nieszczęśliwy". Ponadto "w czasie choroby rodzina jest zrozpaczona", "to nieszczęście dla całej rodziny". Warto jednak zauważyć, że ilość tego typu określeń jest wyraźnie mniejsza niż ilość dokonywanych wprost ocen wysoko wartościujących zdrowie.

Jeśli powrócić w tym miejscu do problemu relacji zdrowia i choroby, to uwagę zwraca pewna grupa wypowiedzi (odnoszących się zarówno do zdrowia jak i do choroby), w których choroba traktowana jest jako zaburzenie zdrowia (np. "po ciężkich chorobach zdrowie bardzo słabnie", "choroba pozostawia ślad na zdrowiu", "to uszczerbek dla zdrowia", "to coś

takiego, co niszczy zdrowie człowieka" itp.). Analiza wypowiedzi tych osób, które jednocześnie definiowały zdrowie i chorobę pokazała, że ok. 1/5 tej grupy nie traktuje zdrowia wyłącznie jako prostego przeciwieństwa w różny sposób określanej przez siebie choroby, ale jako coś więcej niż jej brak. Pozostałe osoby skłonne były uznawać oba pojęcia za swoje przeciwieństwa - jeżeli zdrowie to dobre samopoczucie, choroba oznacza złe samopoczucie, jeżeli zdrowie to spożywanie witamin, choroba jest ich brakiem itp.² O ile jednak dla wielu dzieci zdrowie jest brakiem choroby, to znikoma grupa mówi o chorobie jako o braku zdrowia. Wydaje się, że nie jest to tylko wpływ utrwalonego zwyczaju językowego, ale również efekt większej abstrakcyjności i skomplikowania pojęcia zdrowia. To właśnie skomplikowanie będzie przedmiotem dalszych analiz.

ZDROWIE W MYŚLENIU MŁODZIEŻY LICEALNEJ

Ostatnim zbiorem zgromadzonych potocznych definicji zdrowia są wypowiedzi uczniów klas licealnych. Ich omówienie, prowadzone teraz głównie na poziomie jednostek, a nie zbiorowości, będzie próbą częściowego podsumowania wcześniejszych ustaleń.

Obecnie znacznie wyraźniej, choć inaczej niż w młodszych grupach, ujawniają się trudności z określeniem treści zdrowia, ale częściej również podejmowane są próby ich pokonywania.

W przybliżeniu co trzecia osoba deklaruje wprost, że "zdrowie jest pojęciem bardzo złożonym i trudnym do wyjaśnienia", że "z pozoru wydaje się łatwe do określenia lecz rzecz jest bardziej skomplikowana", że "jest ono trudne do ujęcia w słowa" i że "w codziennych sytuacjach nie zagłębiamy się w sens zagadnień zdrowia, ujmujemy je bardzo płytko, a dopiero poświęcając więcej czasu i uwagi na przemyślenie jego istoty dochodzimy do

²Trudno na podstawie referowanego materiału bliżej omawiać relacje pomiędzy treściami obu omawianych pojęć w świadomości poszczególnych osób. Jednoczesne ich definiowanie wydaje się w dość naturalny sposób skłaniać do wyrażania ich treści we wzajemnie przeciwstawnych kategoriach, co być może nie miałoby miejsca, gdyby rozpatrywać potoczne definicje tych pojęć dokonywane przez te same osoby w różnych, oddzielonych od siebie sytuacjach.

wniosku, że choć bardzo trudno bliżej określić czym ono jest, to jest ono najważniejsze". Autorzy tego typu wypowiedzi wskazują często nie tylko sam fakt kłopotów definicyjnych, ale również inne, towarzyszące mu cechy własnego myślenia o zdrowiu. Przedstawiają zatem nie tylko treści wpisywane przez nich w obszar zdrowia, ale także bliżej charakteryzują te treści i zwracają uwagę na ich dynamikę.

Analiza wypowiedzi poszczególnych osób oraz ich zestawienie pozwala wskazać trzy charakterystyczne cechy młodzieżowego pojmowania zdrowia. Pierwsza to rozległość zakresu omawianego pojęcia i wielość różnorodnych treści wpisywanych w ten zakres przez poszczególne osoby. Druga cecha grupuje różne aspekty zindywidualizowania wiedzy o zdrowiu, pozwala wzajemnie rozróżnić pojęcia akceptowane przez różnych ludzi. Trzecia dotyczy specyfiki definiowania zdrowia w sytuacjach życia codziennego. Z jednej strony jest to powierzchowność w jego pojmowaniu, z drugiej natomiast zmienność treści eksponowanych w tym pojęciu, dokonująca się w zależności od sytuacji.

Przed przystąpieniem do omówienia wyróżnionych cech świadomości zdrowotnej należy jeszcze odnotować, że próby uporania się przez młodzież z wieloznacznością zdrowia i sformułowania jego definicji idą w dwóch zasadniczych kierunkach. Pierwszy z nich to zamiar wyrażenia własnych intuicji związanych z tym pojęciem ("w moim odczuciu zdrowie to ...", "nigdy nie patrzyłem do encyklopedii, co ono znaczy, ale myślę, że zdrowie da się określić jako..." itp.). Drugi kierunek polega na odwołaniu się do określeń zdrowia formułowanych czy uznawanych przez innych. Wyrazem tego drugiego rozwiązania, pozwalającego na poziomie psychologicznym znaleźć wyjście z kłopotu abstrakcyjności zdrowia, jest niewątpliwie wskazywane wcześniej przerysowywanie treści z plakatów PCK w graficznych ilustracjach tego pojęcia dokonywanych przez uczniów szkół podstawowych. Młodzież licealna w swobodnych wypowiedziach pisemnych sięga niekiedy do podobnych metod. Szczególnie popularne w grupie osób uciekających się do tego typu rozwiązania są transformacje definicji zdrowia WHO, w których wyraźnie pojawiają się sformułowania zaczerpnięte z jej tekstu. Spotkać można także, wyrażone językiem profesjonalnym, elementy koncepcji zdrowia jako równowagi wewnętrznej organizmu i jego adaptacji do środowiska. Niektóre osoby, rezygnując

z przedstawienia własnego - rozumienia omawianego pojęcia, próbują sformułować jego określenie "z medycznego punktu widzenia" lub "zdaniem nauki". Pojawiają się też wypowiedzi, w których "przez zdrowie należy rozumieć...", "rozumienie się...", "przyjmuje się, że zdrowie to..." itp. Część tego typu wypowiedzi, obok przedstawienia niejako oficjalnego stanowiska, zawiera także próbę indywidualnego określenia zdrowia, często wyraźnie odmiennego od tego oficjalnego. Np. "choć z medycznego punktu widzenia zdrowie to brak jakiejkolwiek choroby, mnie się wydaje, że człowiek zdrowy jest to taki, który nie cierpi na duszy, jest zadowolony z życia i może pokonywać wszelkie trudności życiowe".

Przechodząc obecnie do omówienia tych definicji zdrowia, które nie ograniczają się w wyraźny sposób do treści zaczerpniętych z myślenia profesjonalnego, chcę poddać analizie wskazane wcześniej trzy cechy obrazu tego pojęcia w świadomości potocznej.

Pierwsza ze wskazywanych cech to rozległość i złożoność zakresu znaczeń obejmowanych omawianym pojęciem. Ujawniła się ona wyraźnie w świadomości uczniów szkół podstawowych. Choć niektóre osoby traktowały poszczególne z wyróżnionych tam znaczeń zdrowia jako całkowite jego definicje, to jednak zdecydowana większość opisywała omawiane pojęcie przy zastosowaniu kilku jego znaczeń.

Uczniowie liceum jeszcze wyraźniej niż młodsi łączą w swoim myśleniu po kilka cech zdrowia ze sobą. Dla zilustrowania przytoczyć można niektóre charakterystyczne wypowiedzi.

"Pojęcie zdrowia kojarzy mi się z takim stanem, w którym nie tylko nie odczuwam żadnych dolegliwości, ale także moje zmysły i świadomość nie szwankują. Człowiek zdrowy to dla mnie taki, który odpowiada za swoje czyny i jest świadom tego co czyni. Osoba zdrowa nie jest uzależniona od żadnych nałogów - nie pije, nie pali, nie narkotyzuje się. Człowiek zdrowy to taki, który cieszy się z tego, że żyje, który jest zdrowy na ciele i duchu. Powinien on rozumieć i widzieć zagrożenia środowiska naturalnego, a przez to zagrożenie życia i zdrowia. Powinien dbać o własne zdrowie i propagować w najbliższym otoczeniu wagę zdrowia".

"Uważam, że zdrowia nie można ograniczać tylko do stanu ciała, ale jest to też stan ducha, gdyż liczy się nie tylko sprawność fizyczna, ale i umysłowa. Pod tym pojęciem rozumiem też odporność na choroby i stresy".

“Zdrowie jest to stan, w którym samopoczucie człowieka jest dobre, człowiek nie odczuwa żadnych dolegliwości i bóli, posiada pełną sprawność fizyczną i umysłową. Człowiek zdrowy jest pogodny, pełen życia oraz optymistycznie patrzy w przyszłość. Do końca życia czuje się młody i nigdy nie staje bezradny wobec samego siebie”.

“Moim zdaniem zdrowie jest wówczas, gdy organizm nasz nie jest atakowany przez bakterie i wirusy, czyli gdy nie chorujemy. Zdrowie to sprawność fizyczna naszego organizmu, gdy jesteśmy pozbawieni jakiegokolwiek kalectwa i możemy swobodnie się poruszać, biegać, uprawiać sport. Zdrowie to także nasze dobre samopoczucie pod względem umysłowym, możliwość uczenia się, wykonywania różnej pracy. To radość z życia i zdolność pokonywania wszelkich trudności”.

“Uważam, że zdrowie jest to stan, w którym człowiek nie posiada żadnych wewnętrznych ani zewnętrznych dolegliwości fizycznych, dobrze się czuje (nie ma np. migreny), oraz jest w dobrym stanie psychicznym - nic go nie dręczy, niczego się nie boi, nic na nim nie ciąży, nie jest zdenerwowany lub zrozpaczony. Jest ono chyba dla człowieka najważniejsze”.

“Dla mnie, osoby piętnastoletniej, zdrowie kojarzy się ze wspaniałym samopoczuciem, chęcią i zapałem do pracy a ponadto z tym, że żaden organ znajdujący się w naszym organizmie nie daje nam negatywnego znaku swojego życia. Uśmiech i zadowolenie na twarzach mijających nas ludzi dają podstawy by sądzić, że ich organizmy nie zmagają się z chorobą”.

“Zdrowie jest to pełna sprawność do życia wśród ludzi, dobre samopoczucie, wszystkie organy człowieka pracują prawidłowo. Należy tu rozgraniczyć zdrowie psychiczne i fizyczne. Psychiczne, moim zdaniem, jest ważniejsze od fizycznego”.

Wiele z omawianych definicji jest oczywiście mniej rozbudowanych, choć równie szerokich. Przykładowo: “zdrowie rozumiem jako zespół pozytywnych własności psychiki i organizmu człowieka”, “to zdolność człowieka do prawidłowego funkcjonowania i rozwoju”, “to stan fizycznej i psychicznej gotowości do uczestniczenia w życiu”, “zdrowie jest poczuciem ogólnego szczęścia zarówno psychicznego jak i fizycznego”, “to zespół czynników wpływających na dobre samopoczucie i prawidłowe działanie naszych narządów”, “to wszystkie czynniki pozwalające człowiekowi czuć się dobrze”, “to czynniki dodatnio lub ujemnie wpływające na

ogólny stan organizmu człowieka", "to regulacja stosunku organizmu człowieka do jego otoczenia" itp.

Przynajmniej w 80% wypowiedzi na zdrowie składają się zarówno elementy fizyczne (dotyczące ciała, organizmu) jak i psychiczne (zwane też "duchowymi", "moralnymi", "umysłowymi" itp.). Rzadziej mówi się także o elementach społecznych. Wielokrotnie eksponowane jest rozróżnienie zdrowia fizycznego i psychicznego, często ze wskazaniem na różne ich wzajemne relacje³. Zdrowie psychiczne utożsamiane jest z reguły z samopoczuciem i często wartościowane jest wyżej od fizycznego. Interesującą może wydać się obserwacja, że udział kategorii samopoczucia wśród innych określeń zdrowia wyraźnie wzrasta wraz z wiekiem wypowiadających się osób.

Wskazać można również i takie wypowiedzi, które ograniczają się do pojedynczych aspektów zdrowia. Wąskie ujęcia pojawiają się rzadko, co pozwala uznać, że dla świadomości młodzieży charakterystyczne jest szerokie jego pojmowanie, łączące różne aspekty tego pojęcia.

Drugą z wyróżnionych wcześniej cech omawianej świadomości jest indywidualizm w pojmowaniu znaczeń wpisywanych w pojęcie zdrowia. Zwracają na to uwagę sami badani. "Zdrowie jest szerokim pojęciem, którego definicji będzie zawsze tyle, ilu ludzi wypowiadających się na jego temat". "Każdy z nas ma zupełnie inne o nim zdanie". "Znaczenia tego słowa nie da się zamknąć w ściśle określonych granicach, bo przecież każdy może inaczej je rozumieć. I każdy nieco inaczej czuje się zdrowym". "To, co jeden uważa za chorobę, drugi lekceważy i nie zaprzęta sobie tym uwagi". Różnice, o których mowa, dotyczą przede wszystkim: a) rozłożenia akcentów wewnątrz szeroko i wieloaspektowo pojmowanego zdrowia, b) rozstrzygnięć dokonywanych w kwestiach szczegółowych, c) subiektywności odczuć psychicznych wchodzących w definicję zdrowia.

Jeśli dla omówienia pewnego z tych zagadnień weźmie się pod uwagę najbardziej popularne definicje, a więc te, które prezentują możliwie najszersze pojmowanie zdrowia, to w pewnej ich grupie wskazać można

³ Relacje te dotyczą głównie wpływu fizycznego zdrowia na psychiczne, a także odwrotnie, oraz niezależnego współwystępowania obu stanów (np. "możemy czuć się chorym, mimo że stan fizyczny mamy w idealnym porządku", "choć człowiek jest fizycznie chory to może zachować dobre zdrowie psychiczne i pogodę ducha").

elementy określone przez ich autorów jako "znaczenie ważniejsze od innych" lub "główny sens tego pojęcia". Dla jednego z respondentów może to być "stan psychiki, gdy człowiek nie odczuwa dolegliwości", dla innego "zasób energii psychicznej pozwalającej efektywnie działać", dla jeszcze innego "fizyczna siła i sprawność ciała", może to być "odporność na choroby", "doskonałe funkcjonowanie każdego narządu w organizmie", "brak zdenerwowania i dobre stosunki z innymi ludźmi" czy "nieobecność czynników zaburzających równowagę organizmu". W indywidualnych definicjach zdrowia poszczególne z tych elementów zajmują wiodącą pozycję, choć obok takiej myśli przewodniej występują jednocześnie inne treści, bliższe jej lub dalsze.

Drugi aspekt różnic - indywidualizm w rozstrzygnięciach szczegółowych - ujawnia się wtedy, gdy zwracamy uwagę już nie na rozumienie zdrowia jako całości, ale na sens jego węższych znaczeń, np. braku choroby. Dla jednej z osób może on oznaczać "brak takich chorób jak grypa, angina, zapalenie ucha", dla innej "brak jakiegokolwiek ze znanych chorób", dla jeszcze innych "brak schorzenia wywołującego ból", "brak dłuższej choroby", "brak nawet najdrobniejszego stanu chorobowego", "brak choroby duszy", "brak choroby osłabiającej człowieka" itp. Według jednego z uczniów "dolegliwości przewlekłe czy trwałe nie zaliczamy do chorób i mówimy, że on jest zdrowy", zdaniem innego "choroby nie ma wtedy, gdy nie ma najmniejszego uszkodzenia żadnej komórki i każda pracuje prawidłowo". Jeden twierdzi, że "nawet drobny katar to już brak zdrowia, czyli choroba", inny natomiast, że "do chorób nie zaliczamy różnych drobnych schorzeń, jak np. katar czy ból głowy". Podobnie, gdy w grę wchodzi zdrowie jako sprawność funkcjonalna. Oznaczać może ono "brak dolegliwości, które by ograniczały człowieka w działalności na obranym przez niego polu", ale dla innej osoby "możliwość wypełniania przez człowieka obowiązków na niego nałożonych". W innym wymiarze "zdrowie to szczęście człowieka, choć nie jest to szczęście jedyne, zupełne i całkowite", natomiast ktoś inny akcentuje, że "zdrowie jest pełnią szczęścia". Ilustracje takich odmiennych rozstrzygnięć szczegółowych można oczywiście mnożyć.

Trzeci aspekt różnic w pojmowaniu zdrowia dotyczy indywidualizmu odczuć. Chodzi głównie o to, że takie określenia jak np. samopoczucie, uczucie dolegliwości, spokój duszy, nastrój czy równowaga

psychiczna - a więc kategorie opisujące stany psychiki - oprócz swojej treści pojęciowej, a może przede wszystkim, obejmują zespół doznań trudnych do intersubiektywnego, zwłaszcza werbalnego, komunikowania. Sygnalizują to badane osoby stwierdzając: "zdrowie właściwie nie ma swojej definicji, bo każdy inaczej je czuje", "trudno wyrazić słowami, co znaczy zdrowie psychiczne - są to odczucia człowieka", "różni ludzie różnie czują swoje choroby" itp. Ogromna popularność tego rodzaju kategorii w omawianych definicjach nadaje wskazywanemu aspektowi zróżnicowań szczególnie duże znaczenie.

W tym miejscu pozostała jeszcze do omówienia ostatnia z trzech wyróżnionych wcześniej cech świadomości zdrowotnej, ukazywana w auto-refleksji młodzieży licealnej. Jest to powierzchowność i zmienność widzenia zdrowia w sytuacjach życia codziennego.

Cytowane tutaj szerokie i rozbudowane definicje sformułowane zostały przez respondentów wyraźnie na użytek badania, co oznacza, że nie są one elementem codziennych, ale uroczystych - by posłużyć się terminologią St.Ossowskiego - sytuacji. Potwierdzają to wypowiedzi licealistów: "nie zastanawiałam się nigdy, czym jest zdrowie, ale skoro ktoś pyta, to spróbuję jakoś je określić", "żeby odpowiedzieć, co to jest zdrowie, należy trochę pomyśleć", "trudno mi pisać na ten temat, bo na codzień ludzie nie zastanawiają się nad tym" itp. Stąd obok rozbudowanych definicji pojawiają się także bardzo zdawkowe, choć ukazujące równie szeroki zakres zdrowia (np. "dobre samopoczucie oraz brak choroby", "jak nic nie boli i nie dolega", "prawidłowe funkcjonowanie fizyczne i psychiczne" itp.). Wydaje się, że to one właśnie najbardziej odpowiadają owemu codziennemu myśleniu i przez swą powierzchowność lepiej wyrażają istotę tego myślenia.

Jeżeli jednak zauważymy, że zarówno rozbudowane jak i zdawkowo formułowane definicje kryją w sobie najczęściej wiele różnorodnych treści, to zastanawiać się można, jak ujawniają się one w świadomości człowieka w jego życiu codziennym. Otóż rozwiązanie tego problemu zdają się podsuwać dwie wypowiedzi. "W niektórych sytuacjach zdrowie oznacza dla nas stan psychiczny człowieka, innym razem nasz ogólny stan fizyczny, kiedy indziej stan jakiejś części naszego ciała. Raz mówimy <nie jestem chora więc nie mam kłopotów ze zdrowiem>, a czasem wydaje nam się, że to jednak nie wszystko". "Z jednej strony zdrowie to dla mnie brak jakiejś

choroby, ale nieraz jest to chyba coś zupełnie innego. Ważne staje się to, że mogę cieszyć się otaczającym światem i czuć się wręcz kwitnąco. Są też dni, że człowiek przemęczony, lecz jednak nie chory, nie może uznać się za zdrowego. Czasem zdrowie połączone jest ze stanem ducha, któremu nie przeszkadza nawet zmęczenie. Jeśli czujemy się potrzebni, akceptowani, gdy posiadamy bogate przeżycia, możemy czuć się zdrowymi. Ja największe znaczenie przywiązuję najczęściej do tej ostatniej definicji”.

Wypowiedzi te sugerują, że spośród zbioru różnych znaczeń nazywanych zdrowiem, w różnych sytuacjach wybieramy (chyba nie zawsze świadomie) jedynie pewne drobne jego elementy. Biorąc jednak pod uwagę i eksponując te lub inne znaczenia zdrowia, nie rezygnujemy przy tym z akceptacji innych jego znaczeń, tyle że w odmiennych sytuacjach⁴.

Ukazany wyżej ogólny obraz zdrowia w świadomości dzieci i młodzieży dostarczać będzie odniesień empirycznych dla zagadnień analizowanych na kolejnych stronach. Obecnie chcę przystąpić do omawiania pierwszego spośród zaproponowanych wcześniej przedmiotowych aspektów potocznej świadomości zdrowotnej, a więc wartości zdrowia.

⁴Problem ten podjęty zostanie szerzej w VII części pracy.



CZĘŚĆ III

ZDROWIE JAKO WARTOŚĆ

UWAGI WSTĘPNE

Jak wynika z analiz zawartych w poprzedniej części, wielu autorów omawianych tam definicji w sposób całkowicie spontaniczny wyraża w nich pogląd, że zdrowie jest (czy powinno być) szczególnie ważną rzeczą w życiu człowieka. Nie pytani o cenność zdrowia, sami deklarują swój pogląd w tej sprawie, co może świadczyć o sile jego uznania i potraktowaniu tej cenności jako jednej z immanentnych charakterystyk omawianego pojęcia.

Są podstawy by sądzić, że wskazana cecha zdrowia nie jest mu przypisywana wyłącznie w dziecięcej czy polskiej świadomości, ale posiada charakter uniwersalny, interkulturowy. R. Diaz - Guerrero (za: Gochman: 1988 a) dokonując porównania licznych znaczeń związanych ze zdrowiem w trzydziestu różnych kulturach zaobserwował, że jest ono widziane wszędzie w dość zbliżony sposób. Istnieje jakaś międzykulturowa zgoda co do podstawowej charakterystyki zdrowia, objawiająca się przede wszystkim w powszechnym traktowaniu go jako **dobra**, **potencji** i **aktywności**. Szczegółowe znaczenia podkładane pod te trzy ogólne charakterystyki odróżniają się jednak pomiędzy poszczególnymi kulturami.

Takie cenione i pożądane obiekty, jakim w swojej warstwie semantycznej okazuje się zdrowie, nazywane są wartościami dodatnimi lub po prostu wartościami.

Wartość “zdrowie” i wartość zdrowia

W oparciu o znaną definicję J. Szczepańskiego (1972) wartość¹ może zostać określona jako dowolny obiekt (przedmiot, norma, idea, zjawisko, instytucja itp.) lub jego stan, w stosunku do którego jednostki lub zbiorowości przyjmują postawę szacunku, przypisują mu ważną rolę w życiu i dążenie do jego osiągnięcia traktują jako pożądane czy nawet konieczne. W takim ujęciu zdrowie (czy inny obiekt) staje się wartością ze względu na znaczenie, jakie zauważają w nim dane podmioty społeczne, ze względu na świadomość tych podmiotów.

Upraszczając znacznie problem, wyróżnić można dwie tradycje badań tak lub podobnie rozumianych wartości, które w socjologii polskiej związane są z nazwiskami F. Znanieckiego i St. Ossowskiego. Pierwsza z nich koncentruje swoją uwagę bardziej na samym przedmiocie cenięcia czy pożądania, mniej miejsca poświęcając tym aspektom świadomości danego podmiotu, które czynią określony przedmiot wartością - a więc sądom wyrażającym oceny czy pragnienia. Stąd u F. Znanieckiego pojawia się analityczne rozróżnienie wartości (jako obiektu posiadającego swoje określone znaczenie społeczne) i postawy (jako emocjonalnego stosunku do danego obiektu - wartości). Druga z przywołanych tradycji kładzie mniejszy nacisk na charakterystykę samego przedmiotu będącego wartością, natomiast większy na postawy osób, dla których przedmiot ów stanowić może wartość. I tak, gdy St. Ossowski (1967) odnosi pojęcie wartości do przedmiotów, którym towarzyszą **sądy wyrażające ich pragnienie**, to wartości klasyfikuje ze względu na charakter owych sądów. W związku z tym wyróżnia wartości odczuwane i uznawane, codzienne i uroczyste, cele same w sobie i środki do celów.

Odnosząc oba ujęcia wartości do zdrowia, określić je można odpowiednio jako: 1) **wartość “zdrowie”** i 2) **wartość zdrowia**.

Kategoria określona jako “wartość <zdrowie>” nawiązuje do pierwszej ze wskazanych tradycji. Tutaj, przy założeniu, że zdrowie (tak

¹ Pojęcie wartości w naukach społecznych jest niezwykle wieloznaczne (Misztal: 1975; 1980; Kłoska: 1982; Marczuk: 1982), a tym bardziej wieloznaczne może być jego złożenie z pojęciem zdrowia (por. Juda: 1988, Zalewska: 1989).

pojęcie jak i zjawisko) generuje postawy emocjonalne względem niego (zob. Sowa:1984, s.18; Heszen-Klemens: 1979, s.4), pytania empiryczne dotyczą znaczeń - głównie treści pojęciowych - przypisywanych zdrowiu przez wyróżnione podmioty społeczne, widziane często w wymiarze ponad-jednostkowym. W takim sensie zdrowie jako wartość występuje np. w analizach D.Zalewskiej (1989).

Kategoria określona jako "wartość zdrowia" odpowiada drugiej spośród wyróżnionych tradycji. Tutaj nie podejmuje się raczej problemu znaczeń wartości "zdrowie", natomiast przede wszystkim stawia się pytania dotyczące siły pożądania tej wartości (zwłaszcza w relacji do innych wartości), sposobów uprawomocnienia emocjonalnych postaw jednostek w stosunku do zdrowia itp. W takim sensie zdrowie jako wartość występuje najczęściej w badaniach opinii społecznej, a w nich hierarchii czy systemów wartości (np. Pomian, Strzeszewski: 1967; Sopuch: 1978).

Mówiąc dalej o zdrowiu jako o wartości mam na uwadze to drugie znaczenie, a więc wartość zdrowia.

Wartość zdrowia w założeniach badań empirycznych

Empiryczne badania wartości zdrowia w świadomości społecznej nie odróżniają się w zasadzie od badań poświęconych innym wartościom. Stąd do nich także odnoszą się wszelkie uwagi, jakie przedstawiane są w literaturze na temat założeń socjologicznych badań wartości w ogóle. Istniejące liczne ich omówienia (np. Koralewicz-Zębik: 1974; Kłoska: 1982; Marody, Nowak: 1983) pozwalają skoncentrować tutaj uwagę wyłącznie na specyfice badań dotyczących zdrowia .

Wartość zdrowia, a dokładniej siła, z jaką jest ono cenione czy pożądane, staje się przedmiotem badań głównie z tego względu, że traktuje się ją jako jeden ze szczególnie istotnych czynników wyzwalających decyzje o podejmowaniu i realizacji zachowań zdrowotnych. Ta ogólna przesłanka podzielana jest tak w socjomedycznych jak i socjoekologicznych wizjach zdrowia. Oba analizowane wcześniej style myślenia różnią się jednak w szczegółach.

Socjomedyczne podejście do wartości zdrowia wydaje się akceptować jedną z dwóch biegunowo skrajnych przesłanek. Zgodnie z pierwszą (M.Sokołowska 1986, s. 71) wielu badaczy uważa, że zachowanie albo przywrócenie dobrego zdrowia jest naturalnym priorytetem, wartością naczelną, od której zależą wszystkie inne wartości i postępowanie człowieka. Odmienna przesłanka głosi, że wartość, jaką ludzie rzeczywiście wiążą ze zdrowiem zdecydowanie odbiega od tej, którą powinni mu przyznawać.

Wskazać można trzy konsekwencje akceptacji pierwszego z wyróżnionych stanowisk. Po pierwsze, skłaniać może ono do nie poświęcania uwagi badaniu wartości zdrowia, gdyż jej pozycja wśród innych wartości i funkcje w stosunku do zachowań zostają określone *a priori*. W zmedykalizowanym nurcie myślenia pominięcie wartości zdrowia wśród wyznaczników zachowań zdrowotnych zbiega się z akceptacją wielce uproszczonego modelu świadomości działających podmiotów, ograniczonego często do oceny stopnia przyswojenia przekazywanych przez lekarza zaleceń. Drugą możliwą konsekwencją omawianego stanowiska jest koncentracja uwagi wyłącznie na wartości zdrowia i pomijanie znaczenia wartości przypisywanej przez podmioty działania innym obiektom. Człowiek ujęty zostaje tutaj tak, jakgdyby jego myślenie o innych obiektach podporządkowane zawsze było kategoriom zdrowia czy choroby, jakgdyby nie przestawał on prawie nigdy myśleć o zdrowiu. Po trzecie, zachowania nakierowane na osiągnięcie wartości innych niż zdrowie uznane zostają za niezrozumiałe lub choćby nieracjonalne.

Zwrócenie uwagi w kierunku drugiego z wyróżnionych wcześniej stanowisk, jakoby "rzeczywista" wartość zdrowia nie odpowiadała normatywnej, skłania ku tzw. hermeneutyce podejrzliwości, która za rzeczywiste uznaje mniej to, co jawne, bardziej natomiast to, co ukryte. Stąd mniejsze znaczenie przyznawane jest składanym przez badane podmioty deklaracjom na temat wartości zdrowia, natomiast większe dokonywanym przez badaczy interpretacjom pozawerbalnych zachowań tych podmiotów. Przekonanie o odmienności normatywnie wyznaczonej i realizowanej wartości zdrowia znajduje ponadto umocnienie w akceptacji zdroworozsądkowej sugestii, że mało prawdopodobne jest, aby względnie zdrowy

człowiek dążył głównie do zdrowia zamiast do innych celów życiowych. Zdrowie rozumiane jest tu oczywiście w kategoriach braku choroby. W związku z tym zakłada się, że jest ono typową wartością instrumentalną - środkiem do zdobycia innych wartości.

Wartości inne niż zdrowie, zwłaszcza te, dla których miałoby ono być środkiem, potraktowane zostają często jako mu zagrażające, a nawet jako alternatywne w stosunku do niego. Dlatego zainteresowania badaczy skupiają się wokół tych sytuacji, w których dochodzić może do wyborów pomiędzy zdrowiem i innymi pożądanymi obiektami czy stanami rzeczy. Rzadko tylko zwraca się uwagę na możliwość pogodzenia zdrowia z innymi eksponowanymi wartościami.

Paradygmat socjoekologiczny zmienia sposób myślenia o relacjach zdrowia i innych wartości. Zgodnie ze swoimi bardziej generalnymi założeniami, usiłuje przełamywać wszelkie jednostronne ujęcia problemu.

Jeżeli, z teoretycznego punktu widzenia, zakres zdrowia obejmuje różne aspekty biofizycznej, psychicznej i społecznej pomyślności (dobrostanu) człowieka w jego środowisku, a nie tylko brak choroby, to krzyżować się on może z obszarami inaczej nazwanych wartości, takich jak np. satysfakcja w życiu rodzinnym, brak trosk materialnych, realizacja aspiracji zawodowych itp. Wzajemne powiązania zdrowia z takimi wartościami - tak empiryczne (np. wpływ zadowolenia z życia rodzinnego na ogólne dobre samopoczucie będące istotnym aspektem zdrowia) jak i logiczne (np. włączenie przez daną osobę satysfakcji życiowej w zakres definicji zdrowia) - sprawiają, że rozgraniczenie ich napotykać może na różne trudności.

W powyższym ujęciu teoretycznym zasadnicza uwaga zwrócona zostaje już nie tyle na jakieś odosobnione, okazjonalnie podejmowane działania zdrowotne, ale przede wszystkim na generalnie pojmowane style życia związane ze zdrowiem. Stąd badania wartości zdrowia wyabstrahowanego z kontekstu innych wartości schodzą na plan dalszy, a zastępują je poszukiwania bardziej ogólnych orientacji aksjologicznych czy filozofii życiowych, jakie przyjmowane są przez działające jednostki czy grupy (por. Bruhn: 1988). Ponadto, w odniesieniu do przyszłych badań uwarunkowań zachowań zdrowotnych (lub stylów życia) D.Gochman (1988b) proponuje, aby zwrócić większą uwagę na wszelkie wartości potencjalnie sprzyjające zdrowiu, kosztem badania wartości samego zdrowia.

Autorzy prezentujący stanowisko bardziej analityczne podkreślają, że wartościujący stosunek do zdrowia jest zjawiskiem dynamicznym. Może on ulegać zmianie w kontekście różnych innych wartości i w różnych sytuacjach (np. Słońska: 1989). To z kolei wiąże się z sugestią, by problemy wartościowania zdrowia rozpatrywać jako elementy szerszych definicji sytuacji związanych z tymi czy innymi zachowaniami.

Podporządkowanie paradygmatu socjoekologicznego potrzebom praktyki sprawia, że podstawowym problemem jest jednak nie tyle samo rozpoznanie wartości zdrowia, co poszukiwanie sposobu pozwalającego uczynić z niego jedną spośród priorytetowych wartości, bez negowania innych społecznie aprobowanych dążeń.

Założenia socjoekologiczne, póki co, stanowią raczej postulaty pod adresem badań empirycznych. Realizowane badania prawie w całości opierają się na przesłankach socjomedycznych, z rzadka tylko uwzględniając elementy socjoekologicznego myślenia.

POTOCZNE OCENY WARTOŚCI ZDROWIA. USTALENIA Z BADAŃ EMPIRYCZNYCH

Wyniki opracowań empirycznych przedstawiających wartość zdrowia w świadomości współczesnego społeczeństwa polskiego uznać należy za dość ubogie gdy idzie o możliwości formułowania na ich podstawie syntez w tym zakresie. W krajowej literaturze z obszaru socjologii zdrowia i medycyny nie podjęto dotychczas prób takiej syntezy, choć podkreśla się tam duże znaczenie znajomości omawianego problemu dla wyjaśnienia szeregu ważnych dla zdrowia zachowań (Sokołowska: 1986). Z kolei w opracowaniach bardziej ogólnych, syntetyzujących ustalenia na temat aksjologicznych preferencji tego społeczeństwa, problem wartości zdrowia zasadniczo w ogóle nie pojawia się. Dotyczy to nie tylko rodzimej socjologii, bo podobną sytuację zaobserwować można także w literaturze zachodniej (zob. Korzeniowska: 1990b). Tym niemniej, w oparciu o różne bardziej lub mniej fragmentaryczne ustalenia, spróbuję pokazać niektóre aspekty potocznych ocen wartości zdrowia, by następnie dokonać ich syntezy. Podstawowym ograniczeniem będzie tu jednak dostępny materiał empiryczny, w którym omawiany problem ujmowany jest dość jednostronnie,

jeśli uwzględnimy możliwości, jakie dla badania wartości wynikają z analiz przedstawionych przez St.Ośrowskiego (1967). Stąd uwaga skoncentrowana zostanie prawie wyłącznie na wynikach oceny wartości zdrowia, z pominięciem takich problemów, jak choćby uzasadnienia tej oceny, jej zmienność w różnych sytuacjach czy zróżnicowanie charakteru sądów ją wyrażających.

O g ó ł n e d e k l a r a c j e n a t e m a t w a r t o ś c i z d r o w i a

Jednym ze sposobów stosowanych dla uzyskania danych na temat wartości przypisywanej określonej osobie jest pytanie wprost o tę wartość. Spójrzmy na dwa tego typu przykłady w odniesieniu do zdrowia.

W sondażu przeprowadzonym w 1987 r. wśród 1868 pracowników pięciu dużych zakładów przemysłowych² skierowano do respondentów skategoryzowane pytanie o ich ocenę wartości zdrowia ("Jak mógłby P. ocenić swój stosunek do zdrowia?"). Około 70% odpowiadających istotnie (5% braku danych) uznało zdrowie za "najważniejszą rzecz w życiu", 20% zgodziło się ze stwierdzeniem, że "zdrowie jest dla mnie ważną rzeczą w życiu, ale są też inne sprawy ważniejsze niż zdrowie", niespełna 1% uznał, że "zdrowie nie jest dla mnie zbyt ważne w życiu", a 5% badanych

² Autorami koncepcji i opracowania w raporcie (Ocena miejsca zdrowia:1987) fragmentów dotyczących wartości zdrowia są: A.Gniazdowski, E.Korzeniowska i L.Piwo-warska-Pościk. Referując w obecnym rozdziale wyniki tych badań korzystam głównie z danych empirycznych przedstawionych przez wskazanych autorów.

³ Nie stwierdzono również zależności pomiędzy wykonywaniem pracy na stanowisku stwarzającym bardzo istotne, obiektywne zagrożenia dla zdrowia a oceną jego wartości, co założono jako podstawową hipotezę referowanych badań. Osoby pracujące na takich szkodliwych stanowiskach nie odróżniały się swoim wartościującym stosunkiem do zdrowia od osób zatrudnionych na stanowiskach pozbawionych narażeń.

Gdy idzie o zmienne strukturalne, to brak jest danych na temat związków pomiędzy omawianą kwestią a wiekiem respondentów. Płeć okazała się nie powodującą istotnych statystycznie zróżnicowań, stwierdzono natomiast istotne zależności pomiędzy wykształceniem badanych a dokonywaną przez nich ogólną oceną wartości zdrowia. Wraz ze wzrostem poziomem wykształcenia wyraźnie maleje skłonność badanych do składania deklaracji, że zdrowie jest dla nich najważniejszą rzeczą w życiu, wzrasta natomiast jednocześnie tendencja do uznania, że choć jest ono rzeczą ważną, to są również inne sprawy ważniejsze niż zdrowie (tab. 1).

zdecydowało się na wybór odpowiedzi "trudno ocenić". Zbiorowości poszczególnych zakładów nie różniły się w istotny sposób swoimi odpowiedziami³.

Interesującą wydaje się możliwość zestawienia powyższych ustaleń z wynikami uzyskanymi przez autorki z Karagandy⁴ (Chuikina, Saifullina: 1990), na co pozwala zastosowana przez nie podobna konstrukcja pytania. I tak 77% pracowników zakładu przemysłowego, 70% uczniów i nieco poniżej 70% studentów medycyny stwierdza, że zdrowie jest najcenniejsze wśród wszystkich innych wartości, że jest ono najważniejszą rzeczą dla człowieka. Natomiast odpowiednio 14%, 19% i ponad 30% wybiera stwierdzenie, że są jeszcze inne rzeczy tak samo cenne jak zdrowie. Z kolei

Tabela 1

Ogólne deklaracje na temat wartości zdrowia w relacji do wykształcenia (w %)

Wartość	W y k s z t a ł c e n i e				Ogółem
	podstaw.	zasadn.	średnie	wyższe	
jest najważniejszą rzeczą w życiu	80,0	77,4	66,1	49,2	72,5
jest ważną rzeczą lecz są też inne ważniejsze	16,1	16,6	27,7	42,4	21,6
nie jest zbyt ważne w życiu	1,2	0,8	0,6	0,6	0,8
trudno powiedzieć	2,7	5,2	5,6	7,8	5,1
Ogółem					
%	100	100	100	100	100
N	330	833	375	177	1715

$p < 0,001$ C Pearsona = 0,21

(na podst. danych z raportu: Ocena miejsca zdrowia: 1987)

analogicznie 9%, 11% i 5%, preferuje życie przyjemne, bez jakichkolwiek ograniczeń, choć być może krótsze.

I jeszcze dwa wyniki uzyskane przy zastosowaniu nieco inaczej skonstruowanego pytania, gdzie o ocenie wartości zdrowia wnioskuje się na podstawie deklarowanej gotowości do jego narażenia. Respondenci z sondażu w pięciu dużych zakładach przemysłowych zapytani: "czy podjął by P. pracę bardzo wysoko płatną, ale poważnie zagrażającą zdrowiu?" - odpowiadają: nie - 77%, tak, ale na krótki czas - 17%, tak - 6%. Bardzo podobne pytanie zadane w drugich z przywołanych we "Wprowadzeniu" badań, obejmujących reprezentację pracowników przemysłu w Polsce, dało zbliżone rezultaty (nie - 70%, tak, ale na krótko - 24%, tak - 6%).

Przedstawione dotychczas ustalenia skłaniają do sformułowania wspólnego dla nich wniosku, że ok. 90% "zwykłego społeczeństwa" (tzn. ujętego bez zwracania uwagi na wyselekcjonowane jego grupy) traktuje zdrowie w swoich ogólnych deklaracjach jako rzecz wysoce pożądaną, natomiast ponad 70% skłonne jest deklarować, że zdrowie stanowi dla nich wartość najwyższą.

Wiedząc jednak o wpływie procesu badawczego na uzyskiwane wyniki można zgłosić obawę, czy temat badań jak i konstrukcja zadawanych pytań nie sugerowały zbyt silnie treści otrzymywanych odpowiedzi. Spójrzmy zatem na kolejne ustalenia.

W badaniach A.Kubiak (1990) dotyczących problemu łapownictwa w świadomości społecznej⁴ skierowane zostało do respondentów pytanie otwarte o najważniejsze dla nich wartości ("Na czym P. w życiu najbardziej zależy? Co chciałby P. przede wszystkim w życiu osiągnąć?").

Ponad 80% badanych jako najważniejsze wskazywało łącznie kilka spośród następujących wartości: zdrowie, szczęście, stabilizację w rodzinie i lepsze warunki życiowe, przy czym zdrowie pojawiało się w zdecydowanej

⁴ Wyniki te pochodzą z trzech sondaży przeprowadzonych w latach 1988-1990, kolejno wśród: a) pracowników jednego z zakładów przemysłowych Karagandy (1198 osób), b) uczniów trzech szkół tego miasta i c) studentów medycyny. Brak niestety bliższych informacji na temat tego badania.

⁵ Badanie objęło 400 mieszkańców Łodzi, w wieku 20-70 lat, dobranych systematycznie w sposób losowy. Zrealizowano je w 1989 r. przy zastosowaniu techniki wywiadu kwestionariuszowego.

większości wypowiedzi (brak dokładnych danych). Tak więc, jeśli można generalizować wyniki tych badań, dla ok. 3/4 społeczeństwa zdrowie okazuje się bardzo istotną wartością. Brak tu jednak podstaw by ocenić, na ile wśród pozostałych szczególnie ważnych rzeczy jest to wartość przewyższająca inne, na ile jest im równorzędna, czy też na ile ustępuje ona miejsca innym, szczególnie cenionym przez badanych obiektom.

Uznając zatem, że zdrowie jest w świadomości społecznej jedną z najcenniejszych wartości, podjąć dalej można problem jego relacji do pozostałych wartości aprobowanych w tym społeczeństwie.

Z d r o w i e w ś r ó d i n n y c h w a r t o ś c i

Inny sposób poznawania społecznych preferencji aksjologicznych polega, ogólnie rzecz biorąc, na poszukiwaniu w świadomości społecznej hierarchicznych relacji pomiędzy ocenami wartości kilku wybranych obiektów. W dorobku socjologicznych badań nad wartościami społeczeństwa polskiego wskazać można kilka sondaży tego typu, w których jedną spośród uwzględnionych wartości było zdrowie (zob. Korzeniowska: 1990b). Dotyczy to zwłaszcza badań skoncentrowanych na wartości pracy, prowadzonych w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych. Ukazywały one, że zdrowie jest jednym z kilku obiektów najczęściej sytuowanych przez respondentów na czołowych pozycjach hierarchii wartości uwzględnianych w tych badaniach. Ze zdrowiem konkurowały przede wszystkim określone różnymi sformułowaniami: satysfakcjonujące życie rodzinne, dobro dzieci, odpowiednia praca, dobra sytuacja materialna, spokojne życie. Różne poszukiwania, prowadzone w różnych zbiorowościach, ukazywały nieco odmienną pozycję zdrowia wśród innych wartości, z tym, że miejsce to najczęściej znajdowało się w pierwszej trójce najwyższej cenionych obiektów (zob. np. Bartoszek: 1987).

Podobnie wysoką pozycję zdrowia ukazywały również badania prowadzone w innych krajach (np. Hoque: 1982). W sondażu Gallupa przeprowadzonym w połowie lat siedemdziesiątych w 70 krajach świata okazało się, że dla ówczesnych ludzi najważniejsze było polepszenie stanu

zdrowia, szczęście rodzinne i dzieci. Najbardziej zaś niepokoiło bezrobocie, obniżenie stopy życiowej i choroba (za: Korzeniowska: 1990b).

Analizę relacji zdrowia do innych wartości w świadomości społeczeństwa polskiego, prowadzoną teraz bardziej szczegółowo niż w poprzednim podrozdziale, rozpocząć można od przedstawienia wyników uzyskanych w badaniach ankietowych L.Piwowarskiej-Pościk i współautorów (1986). Objęły one 1126 pracowników dwóch dużych zakładów przemysłowych (jeden ze środowiska wielkomiejskiego, drugi z małomiasteczkowego). Respondentom przedstawiono tam listę (z możliwością indywidualnego jej uzupełniania) obejmującą jedenaście wartości⁶, spośród których należało wybrać trzy najważniejsze, a następnie uszeregować te trzy według przyznanego im znaczenia - od najważniejszej do najmniej ważnej. W grupie osób odpowiadających istotnie (5% braku danych) prawie 90% badanych wybrało dobre zdrowie jako jedną z trzech najważniejszych dla siebie wartości, co uznać należy za kolejne potwierdzenie wcześniejszych obserwacji. Jednakże za podstawową wartość uznało je tylko 44% respondentów, 22% przyznało mu drugie miejsce, 16% trzecie, a 7% nie określiło precyzyjnie jego pozycji wśród innych cenionych przez siebie obiektów. Wartościami szczególnie konkurencyjnymi wobec zdrowia okazały się: szczęście rodzinne (76% osób umieściło je na jednej z trzech pierwszych pozycji), pieniądze (odpowiednio 41%) oraz spokojne i ciche życie (37%). Należy ponadto zauważyć, że wyniki uzyskane w obu badanych zakładach były do siebie zbliżone (por. Społeczne wyznaczniki: 1985).

Tak więc, choć w konfrontacji z innymi obiektami utrzymuje się ogólnie wysoka wartość zdrowia, to przestaje ono być dla tak dużej grupy osób, jaką pokazywały wcześniejsze dane, wartością bezwzględnie najwyższą. Życie rodzinne (nie sprecyzowane bliżej jego aspekty) okazuje się tylko niewiele mniej cenne niż zdrowie.

Prawie identyczne w swej treści ustalenia ukazują analizy zawarte w raporcie J.Kopiasa i M.Stolarskiej. W badaniach⁷ tych autorów zastosowane zostało pytanie analogiczne do omówionego poprzednio, jednakże

⁶ Wymienione wartości, w kolejności podanej w pytaniu, to: sława, duże perspektywy awansu służbowego, pieniądze, ciekawa praca, dużo czasu na wypoczynek i rozrywkę, spokojne w ciche życie, szczęście rodzinne, dobre zdrowie, swoboda w myśleniu i działaniu, liczne grono przyjaciół, posiadanie luksusowych dóbr materialnych.

lista przedstawionych wartości uzupełniona była o kategorię "zamieszkiwanie w czystym środowisku". We wszystkich czterech badanych zbiorowościach terytorialnych 80-82% respondentów wybrało zdrowie jako jedną z trzech najważniejszych dla siebie wartości. Natomiast jako podstawową spośród tych trzech wybierało je w poszczególnych grupach 44-48%, podobnie jak pokazały dane L. Piwowarskiej-Pościk. I tutaj okazało się, że typ zbiorowości terytorialnej (m.in. wieś), a i stopień degradacji środowiska przyrodniczego, nie wpływają na oceny wartości zdrowia.

Wynik uzyskany w obu ostatnio przywołanych badaniach wydaje się potwierdzać sugestię płynącą z ustaleń A. Kubiak: zdrowie jest jedną ze szczególnie istotnych wartości, ale obok niego występują również inne, także szczególnie istotne.

O ile większość przedstawionych dotąd badań dotyczyła przede wszystkim pracowników przemysłu, to sondaż B. Tryfan (1982) przeprowadzony został w losowo dobranej grupie stu rodzin chłopskich z trzech województw. Pytając o nie zaspokojone potrzeby w rodzinie autorka stwierdziła, że współcześnie na czołowym miejscu niejako *ex aequo* znajdują się trzy wartości: czas wolny, pieniądze i zdrowie. Ten ostatni wynik nie tylko potwierdza wcześniejszą obserwację, także pokazuje przemiany zachodzące w świadomości społecznej. Zarówno B. Tryfan jak i inni autorzy - posługujący się głównie materiałami pamiętnikarskimi (np. Tulli: 1983; Kosiński, Piątkowski: 1986) odnotowali bardzo niską pozycję zdrowia na skalach wartości wsi polskiej okresu sprzed kilkadziesiąt lat.

Docenianie wartości zdrowia w chłopskiej części społeczeństwa uznać można za wyraz braku zasadniczych różnic międzygrupowych w systemie dominujących w tym społeczeństwie wartości. Taką unifikację podstawowych orientacji aksjologicznych odnotowują, na podstawie

⁷ Zrealizowano je w 1988 r. przy wykorzystaniu techniki ankiety pocztowej. Do opracowania zaklasyfikowanych zostało 1350 ankiet (średnia zwrotność ok. 40%). Ankiety skierowano do losowo wybranych respondentów w wieku produkcyjnym zamieszkujących trzy niewielkie miasta (po ok. 25 tys. mieszkańców) oraz kilkuwioskową gminę. Mieszkańcy jednego miasta stanowili, ze względu na cel badań, grupę quasi-kontrolną. Pozostałe zbiorowości terytorialne znajdowały się w zasięgu oddziaływania zakładów przemysłowych stwarzających silne zagrożenia dla środowiska i zdrowia zamieszkujących tam osób. Podstawowym celem badań była analiza zachowań i postaw wobec środowiska i zdrowia osób zamieszkujących tereny zagrożenia ekologicznego (zob. Kopias: 1990, Ocena postaw: 1988).

licznych wyników badań różnych autorów, J.Koralewicz i E.Wnuk-Lipiński (1987), co ich zdaniem upoważnia do mówienia o **systemie wartości przeciętnego Polaka**. Podkreślenie tej tezy wydaje się szczególnie ważne w sytuacji, gdy - jak w prezentowanej pracy - próbuje się charakteryzować świadomość generalnie ujętego społeczeństwa, w oparciu o ustalenia dokonywane w większości w odniesieniu do dość wąsko dobranych kategorii osób.

Próba szczegółowego rozpoznania relacji zdrowia do innych wartości wchodzących w skład systemu aksjologicznych preferencji społeczeństwa polskiego uczyniona została jednym z celów cytowanych badań przeprowadzonych w pięciu zakładach przemysłowych. Sprawdzana tam była hipoteza o konkurencyjności względem zdrowia tych wartości, z którymi najsilniej utożsamia się przeciętny Polak (np. Nowak: 1979). Po dokonaniu przez autorów badań niezbędnych i w jakimś stopniu arbitralnych wyborów w ich zakresie, w stosunku do każdej z trzydziestu uwzględnionych wartości⁸ respondenci poproszeni zostali o wypowiedzenie się, czy byli by skłonni narażać dla nich swoje zdrowie. Przyjęto tutaj założenie, że potoczna ocena wartości zdrowia może być relatywna - zmieniać się w zależności od kontekstu, w jakim jest ono oceniane.

W omówieniu uzyskanych wyników w pierwszej kolejności należy odnotować fakt, że ok. 1/3 badanych osób (liczba ta była nieco różna

⁸ Wartości te podzielone zostały na trzy grupy: "osobiste", "grupowe" i "związane z pracą". Pierwsza z nich obejmowała: realizację własnych zainteresowań, zachowanie wierności własnym przekonaniom i zasadom, zrobienie kariery, zdobycie wykształcenia, bycie atrakcyjnym i wzbudzającym pożądanie, prowadzenie życia wypełnionego przyjemnościami - seksem, alkoholem itp., uzyskanie uznania wśród przyjaciół i znajomych. Druga zawierała: dobrobyt materialny najbliższej rodziny, zdrowie członków rodziny, ukończenie studiów przez dzieci, zachowanie zgody i miłości w rodzinie, pomoc przyjaciołom i bliskim znajomym w trudnych sytuacjach, ratowanie życia i zdrowia przyjaciół i znajomych, pomoc obcym ludziom w trudnych sytuacjach, ratowanie zdrowia i życia obcego człowieka, zachowanie spokoju i bezpieczeństwa w kraju, obrona wolności i niepodległości kraju, wyprowadzenie kraju z kryzysu, realizację nakazów moralnych wyznawanej religii, wprowadzenie w życie zasad wyznawanej przez siebie ideologii politycznej. Trzecia grupa to: wykonywanie interesującej pracy, uzyskanie awansu zawodowego, uzyskanie wysokich zarobków, wykonywanie pracy wysoko użytecznej społecznie, wykonanie zagrożonych zadań produkcyjnych zakładu, walka z kliką i niesprawdliwością w zakładzie pracy, walka o interesy swoje i kolegów w miejscu pracy, dobre stosunki międzyludzkie w pracy, wcześniejsze przejście na emeryturę, skrócony czas pracy. Uzasadnienie ich wyboru zawarte zostało w raporcie z badań (Ocena miejsca zdrowia: 1987; także Korzeniowska: 1990b).

w przypadku poszczególnych wartości) nie potrafiła zająć stanowiska odnośnie własnej gotowości do narażenia zdrowia dla osiągnięcia uwzględnionych w badaniu wartości. Jeśli do grupy osób odpowiadających "trudno powiedzieć" dołączy się jeszcze osoby w ogóle uchylające się od odpowiedzi (brak danych), to okaże się, że w przypadku poszczególnych wartości (tj. wyborów pomiędzy zdrowiem a daną wartością) gotowość do narażania zdrowia lub brak takiej gotowości deklaruje tylko ok. 50-60% badanych. Świadczy to o dużej trudności, jaką średnio połowie respondentów sprawia jednoznaczne opowiedzenie się bądź to po stronie zdrowia, bądź innego celu potencjalnie konkurencyjnego względem niego⁹.

Najbardziej konkurencyjnymi dla zdrowia respondentów okazały się według nich niektóre wartości z kategorii nazwanej "grupowymi". Natomiast wchodzące w skład "osobistych" i "związanych z pracą" zdecydowanie przegrywały konkurencję ze zdrowiem w preferencjach badanych osób.

Gotowość narażenia zdrowia dla poszczególnych wartości z grupy "osobistych" deklarowało zazwyczaj, z dwoma wyjątkami, po kilka procent badanych¹⁰. Jedynie dla zachowania wierności własnym przekonaniom i zasadom skłonnych było płacić zdrowiem 20% z nich oraz 12% dla realizacji własnych zainteresowań. Warto jednak, za E. Korzeniowską (1990b, s. 288), zauważyć, że w stosunku do wszystkich siedmiu wartości z tej grupy ujętych w komplecie, zdrowie okazało się zawsze ważniejsze tylko dla 45% badanych. Dla pozostałych 55% osób przynajmniej jedna spośród omawianych wartości okazywała się cenniejsza niż zdrowie.

Gdy idzie o poszczególne wartości związane z pracą to okazuje się, że dla osiągnięcia każdej spośród czterech najbardziej cenionych z nich, co piąty badany skłonny jest narażać własne zdrowie. Są to: walka z kliką i niesprawiedliwością w zakładzie, walka o interesy swoje i kolegów w

⁹ Najmniej kłopotów sprawiały oceny relacji zdrowia do takich wartości jak: życie wypełnione przyjemnościami, np. seksem, alkoholem (12% osób udzieliło tu odpowiedzi "trudno powiedzieć"), zrobienie kariery (15%), bycie atrakcyjnym, wzbudzającym pożądanie (16%), oraz uzyskanie awansu w pracy (17%). Najwięcej kłopotów sprawiała natomiast decyzja w sprawie relacji zdrowia i pomocy obcym ludziom w trudnych sytuacjach (50% osób nie potrafiło zająć tutaj stanowiska).

¹⁰ Prezentowane dalej ustalenia odnoszą się do zbioru osób, które przy porównywaniu wartości zdrowia i innych obiektów udzielały odpowiedzi istotnej (tj. do zbiorowości wszystkich respondentów pomniejszonej o liczbę braku danych).

miejsu pracy, dobre stosunki międzyludzkie oraz wysokie zarobki. Ponadto tylko ok. 40% analizowanej zbiorowości w przypadku każdej z nich odrzuca możliwość poświęcania swojego zdrowia. Gdyby wartości te potraktować in gremio jako ewentualną alternatywę dla zdrowia, podobnie jak uczyniła to E.Korzeniowska w odniesieniu do wartości "osobistych", to z całą pewnością odsetek ten uległ by poważnemu zmniejszeniu.

Wyniki odpowiedzi uzyskanych na pytania o wartości nazwane "grupowymi" przedstawia tabela nr 2.

Tabela 2.

Deklaracje gotowości do narażenia własnego zdrowia dla poszczególnych wartości "grupowych" (N stanowi liczbę osób udzielających odpowiedzi na poszczególne pytania)

Wartość	Deklaracje pozytywne /%/	Deklaracje negatywne /%/	Brak opinii /%/	Różnica (w pkt.proc) deklaracji pozytywn. i negatyw.
		100%		
dobrobyt materialny najbliższej rodziny (N=1561)	38	31	31	7
zdrowie członków najbliższej rodziny (N=1627)	68	10	22	58
ukończenie przez dzieci studiów wyższych (N=1494)	27	42	31	-15
zgoda i wzajemna miłość w rodzinie (N=1596)	51	19	30	32

pomoc przyjaciołom i bliskim znajomym (N=1527)	30	27	43	3
ratowanie zdrowia i życia przyjaciół (N=1568)	56	11	33	45
pomoc obcym ludziom w potrzebie (N=1527)	28	22	50	6
ratowanie zdrowia i życia obcego człowieka (N=1542)	45	12	43	33
zachowanie spokoju i bezpieczeństwa kraju (N=1534)	29	29	42	0
obrona wolności i niepodległości kraju (N=1520)	33	27	40	6
wyprowadzenie kraju z kryzysu N=1500)	18	44	38	-26
realizacja nakazów moralnych wyznawanej religii (N=1501)	27	31	42	-4
wprowadzenie w życie zasad uznawanej ideologii politycznej (N=1499)	9	54	37	-45

Wśród zamieszczonych w tabeli wartości wskazać można takie, które uzyskują zdecydowanie większą niż zdrowie aprobatę znacznej liczby osób, jak również takie, w stosunku do których zdrowie okazuje się znacznie wyższą wartością. Na początku chcę jednak zwrócić uwagę na trzecią kategorię - złożoną z tych, które na poziomie zbiorowości okazują się przede wszystkim ambiwalentne. Obrazuje to zamieszczona w omawianej tabeli różnica punktów procentowych pomiędzy deklaracjami pozytywnymi i negatywnymi - im różnica ta (jej wartość bezwzględna) jest bliższa zera, tym liczba osób deklarujących gotowość narażenia zdrowia dla danej wartości i liczba osób przeciwnych temu są sobie bliższe. W przypadku tych właśnie wartości (zob. tab. 2) odsetek respondentów opowiadających się za nimi, jak i preferujących własne zdrowie, wynosi z reguły po ok. 30%, przy ok. 40% nie potrafiących zająć zdecydowanego stanowiska po którejś ze stron. Relatywnie duża liczba takich wartości (prawie połowa spośród zamieszczonych w tabeli) świadczy m.in. o zróżnicowaniu poglądów na omawiany temat pomiędzy poszczególnymi ludźmi.

Największe odsetki badanych osób skłonne są narażać własne zdrowie dla dwóch, nie zawsze rozłącznych, kategorii wartości. Pierwsza z nich to zdrowie i życie innych ludzi (ratowanie zdrowia i życia przyjaciół, ratowanie zdrowia i życia obcego człowieka), druga to pomyślność własnej rodziny (zgoda i wzajemna miłość w rodzinie, dobrobyt materialny najbliższej rodziny). Na skrzyżowaniu obu tych kategorii znajduje się wartość, dla zdobycia której blisko 70% badanych wyraża gotowość narażania własnego zdrowia. Wartością tą jest zdrowie członków najbliższej rodziny.

Zdrowie i życie ludzi innych niż najbliższa rodzina (przyjaciół oraz obcych osób) stanowi rzecz cenniejszą od własnego zdrowia dla około połowy respondentów. Deklaracje te wydają się wynikać mniej, lub przynajmniej nie tylko, z jakiejś generalnie pojętej postawy solidarnościowej, co ze skojarzeń wokół wartości zdrowia i życia w ogóle (por. Szawarski: 1987), nie koniecznie własnego. Do tego wniosku skłania spojrzenie na opcje badanych osób dotyczące wartości, jaką ma dla nich pomoc innym ludziom - tyle, że pozbawiona elementu ratowania zdrowia i życia tych ludzi (pomoc przyjaciołom i bliskim znajomym, gdy są w potrzebie oraz pomoc obcym ludziom w potrzebie). Tutaj skłonnych jest narażać własne zdrowie

jedynie po 30% respondentów. Ponadto, co było już powiedziane, obie te wartości traktowane są w badanej zbiorowości w sposób wyraźnie ambiwalentny: około połowy badanych nie potrafi zająć stanowiska w sprawie skłonności do narażenia dla nich własnego zdrowia, a odsetki osób skłonnych je narażać i przeciwnych temu są bardzo zbliżone¹¹.

Deklarowana przez wiele osób skłonność do narażania własnego zdrowia dla wartości związanych z rodziną nie wydaje się niczym zaskakującym w świetle ogólnej wiedzy na temat aksjologicznych preferencji polskiego społeczeństwa (por. Koralewicz, Wnuk-Lipiński: 1987, s. 209-210). Wyniki referowanych badań jedynie potwierdziły obserwację, że dobre relacje mikrostrukturalne mogą być dla wielu ludzi znacznie cenniejsze niż ich zdrowie. Podobnie jak w przypadku wartości ratowania zdrowia i życia innych ludzi, tak i tutaj jedynie kilkanaście procent osób zdecydowanie preferuje własne zdrowie w miejsce zgody i wzajemnej miłości w rodzinie, natomiast ponad połowa skłonna jest je narażać dla zdobycia tej wartości. Druga z wartości związanych z rodziną - dobrobyt materialny najbliższej rodziny - choć również skupia znaczną ilość preferencji kosztem zdrowia (blisko 40%), to jednocześnie przez wiele (niespełna 1/3) osób zostaje oceniona niżej niż ono. Na marginesie należy tu odnotować, o czym świadczą także przywoływane już wyniki (zob. również Tobiasz-Adamczyk: 1988), że w konfrontacji ze zdrowiem deklarowana wartość dobrobytu materialnego czy pieniędzy, związana także z dobrem rodziny, wydaje się schodzić na nieco dalszy plan niż pokazują to badania nie uwzględniające zdrowia wśród rozpatrywanych w nich wartości.

Przeważającą wartość, jaką w świadomości potocznej uzyskuje rodzina w jej konfrontacji ze zdrowiem (dla przypomnienia, ponad 2/3 badanych preferuje zdrowie własnej rodziny kosztem swojego) ujawnia się także w zbiorowości, która może być podejrzewana o szczególne względy dla własnego zdrowia. Chodzi tu o ludzi znajdujących się w sytuacji przewlekłej, wyraźnie dającej o sobie znać choroby. Chorzy na cukrzycę,

¹¹Warto zauważyć, że w kulturze naszego społeczeństwa ratowanie życia i zdrowia obcych ludzi, nawet kosztem narażenia własnego zdrowia, posiada silnie pozytywny wydźwięk, czego nie można już chyba powiedzieć z taką siłą o pozostałych formach pomocy innym ludziom. Narażenie własnego zdrowia dla zdrowia innych jest elementem wysoce aprobowanego heroizmu i to właśnie wydaje się osłabiać hierarchiczną pozycję wartości własnego zdrowia, choć nie zdrowia ludzkiego w ogóle.

będący obiektem uwagi w badaniach¹² Z.Śłońskiej (1989), w 56% wyrażali pogląd, że w grupie wartości takich jak rodzina, zdrowie, praca, pełne i bogate życie - ta pierwsza jest dla nich najważniejsza. Zdrowie za najcenniejsze spośród tych czterech wartości uznało tylko 32% badanych¹³. Tak więc wątpliwym okazuje się spopularyzowany przez Jana z Czarnolasu pogląd, jakoby zdrowie po jego utracie stawało się najwyższą wartością¹⁴.

Powracając do referowanych badań pracowników pięciu zakładów przemysłowych należy zauważyć, że o ile silnie konkurencyjnymi dla ich zdrowia okazały się wartości związane z rodziną, to wartości związane z makrostrukturami społecznymi wyraźnie lokowały się niżej w relacji do zdrowia. Zarówno wprowadzenie w życie zasad uznawanej przez siebie ideologii politycznej jak i wyprowadzenie kraju z kryzysu, okazały się najsilniej odrzuconymi wartościami - gdy idzie o gotowość badanych osób do ryzykowania dla nich własnym zdrowiem. Pozostałe wartości związane z makrostrukturami (nawet obrona wolności i niepodległości kraju jak i realizacja nakazów moralnych wyznawanej religii) potraktowane zostały przez respondentów w sposób wyraźnie ambiwalentny¹⁵.

W omawianych badaniach obok pytań o gotowość narażenia własnego zdrowia znalazły się również pytania o rzeczywiste jego poświęcenie dla przedstawionych już wartości. Tutaj także zdecydowany prymat uzyskały wartości "rodzinne". Zgodnie z deklaracjami respondentów co czwarty z nich płacił własnym zdrowiem za zdrowie swojej rodziny i tyleż samo za jej dobrobyt materialny. Nieco mniej niż co piąty poświęcał swoje zdrowie by osiągnąć zgodę i miłość w rodzinie. Inne wartości osiągnane były kosztem zdrowia już tylko przez niewielkie odsetki badanych (por. Korzeniowska:

¹² Objęto nimi 263 losowo dobranych mieszkańców Warszawy w wieku 42-55 lat, chorujących co najmniej 6 lat na cukrzycę. Dane zebrane zostały za pomocą kwestionariusza (brak bliższych informacji)

¹³ Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia istotnie maleje liczba osób, które troskę o własne zdrowie uznają za ważniejszą od wykonywania obowiązków rodzinnych, zawodowych czy pełnego, bogatego życia (zob. Śłońska:1989)

¹⁴ Można sformułować hipotezę, że w krótkim okresie po ujawnieniu się choroby wartość zdrowia zdecydowanie wzrasta a następnie spada w miarę upływu czasu. Wiąże się to zapewne również z przemianami w akceptowanych kryteriach zdrowia i choroby (choroba nie musi oznaczać braku zdrowia), o czym w cz.IV.

1990b, s. 290). Należy jednak zauważyć, że deklaracje respondentów dotyczące rzeczywistego poświęcania własnego zdrowia dla innych celów życiowych analizowane tu były w stosunku do każdej wartości z osobna. Jest wielce prawdopodobne, że ujęcie ich in gremio pokazać by mogło wynik zbliżony do tego, jaki w swoich badaniach uzyskała B. Tobiasz-Adamczyk (1988). Okazało się, że spośród 313 losowo dobranych mieszkańców Krakowa w wieku 65-80 lat, powyżej 50% deklaruje, że zdrowie nie posiadało w minionym okresie ich życia szczególnie wysokiej wartości, że wśród innych celów życiowych zajmowało raczej średnią pozycję. Odsetki osób oceniających wartość zdrowia jako wysoką i niską były do siebie zbliżone i wynosiły nieco ponad 20%. Wartościami, które ok. 90% badanych uznało za dominujące w minionym okresie życia, okazały się rodzina i praca¹⁶.

¹⁵ Chcę zwrócić jeszcze uwagę na zależności deklaracji o gotowości poświęcania zdrowia dla innych, uwzględnionych w tym badaniu wartości, od społecznej charakterystyki badanych.

Podobnie jak w przypadku deklaracji ogólnych, omawianych w poprzednim podrozdziale, nie stwierdzono, generalnie rzecz biorąc, znaczących zależności pomiędzy obecnie analizowanymi wyborami, a pracą na stanowisku stwarzającym zagrożenie dla zdrowia. Słabe, choć statystycznie istotne zależności odnotowane zostały jedynie w przypadku kilku wartości "związanych z pracą". Najsilniej potwierdzona zależność dotyczyła związku pomiędzy pracą na szkodliwym stanowisku a częściej składanymi deklaracjami o gotowości narażenia zdrowia dla wcześniejszego przejścia na emeryturę (współczynnik Pearsona $C = 0,14$; $p < 0,001$). Są jednak podstawy by sądzić, że zależności te wiążą się z istotnym, choć równie słabym wpływem zmiennych strukturalnych, takich jak płeć, wiek, wykształcenie.

Gdy idzie o zmienne strukturalne okazuje się (szczegóły zob. Ocena miejsca zdrowia: 1987), że poziom wykształcenia różnicuje wybory respondentów pomiędzy zdrowiem, a większością (ok. 2/3) innych wartości. Choć są to z reguły zależności istotne, to jednak słabe. Dlatego też jedynie z dużą ostrożnością można formułować tezę, że wraz ze wzrostem wykształcenia nasila się tendencja do preferowania niektórych innych wartości kosztem zdrowia (co zbiega się ze wskazaną wcześniej tendencją do rzadszego wskazywania zdrowia jako wartości bezwzględnie najwyższej).

W zakresie wpływu pozostałych podstawowych zmiennych strukturalnych ogólnie można stwierdzić, że w przypadku większości z uwzględnionych wartości nieco częściej skłonni są narażać własne zdrowie: starsi niż młodszy, mężczyźni niż kobiety oraz zatrudnieni na stanowiskach kierowniczych niż nie kierowniczych (zob. Korzeniowska: 1990 b). Wszystkie te zależności są jednak równie słabe jak w przypadku wykształcenia.

¹⁶ W badaniach tych, przeprowadzonych metodą wywiadu kwestionariuszowego, uwzględnione zostały następujące wartości: praca, religia, rozrywki, rodzina, zdrowie i pieniądze. Ich ocena, dokonywana w przypadku każdej wartości z osobna, polegała na określeniu jej znaczenia w minionym okresie życia respondenta na pięciopunktowej skali. W opracowaniu skala ta zredukowana została do trzech ocen: niskiej, średniej i wysokiej.

PODSUMOWANIE

Przedstawione wyżej ustalenia empiryczne dotyczące oceny wartości zdrowia - tak ogólnej, jak i w relacjach do innych wartości - nie pozwalają na udzielenie ogólnej i jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o tę ocenę. Tym niemniej należy zauważyć, że w wynikach sondaży prowadzonych w różnych zbiorowościach, przez różnych autorów, różnie formułujących swoje cele i problemy badawcze oraz posługujących się nieco różnymi narzędziami, istnieją pewne zasadnicze zgodności. Potwierdzeniu ulegają tu m.in. dwie tezy, trudne z pozoru do wzajemnego uzgodnienia.

Pierwsza ze wspomnianych tez, którymi chcę się tu zająć głosi, że zdecydowana większość społeczeństwa (ok. 70%) ocenia zdrowie jako najwyższą wartość w swym życiu. W drugiej natomiast, będącej uogólnieniem kilku bardziej szczegółowych, wyraża się pogląd, że dla większości osób zdrowie jest wartością raczej średnią, gdy idzie o porównanie jego cenności z innymi wartościami, że są również inne wartości cenniejsze niż zdrowie. Pojawia się tu jednak zasadnicze pytanie: jak pogodzić obie konkurencyjne tezy?

Rozbieżność, o której mowa, można by było próbować tłumaczyć jakimiś różnicami pomiędzy badanymi zbiorowościami, gdyby nie dwa fakty. Po pierwsze, wyniki uzyskane przy zastosowaniu takich samych pytań w różnych zbiorowościach okazały się bardzo zbliżone, natomiast zróżnicowanie tych wyników ze względu na zmienne strukturalne było nikłe. Po drugie, **te same osoby** odpowiadające na różne pytania (dotyczące oceny wartości samego zdrowia oraz ujętego w porównaniu z innymi wartościami) udzielały w poruszanej kwestii różnych odpowiedzi - raz deklarowały, że zdrowie jest dla nich wartością najwyższą, by za chwilę wyrażać gotowość ryzykowania nim dla innych rzeczy. Można zatem przypuszczać, że różnice w ocenach wartości zdrowia mogą być pochodną zastosowanych narzędzi badawczych.

Podobną zmienność potocznych ocen odnotowuje K. Janicka (1990, s. 144-145), jednakże nie w odniesieniu do zdrowia ale w związku z problemem zróżnicowań społecznych. Respondenci w jednym z badań udzielali kolejno różnych odpowiedzi na pytania dotyczące tego samego ogólnego zagadnienia, tyle że formułowanego w tych pytaniach w coraz bardziej szczegółowy sposób. Różnice w treści kolejnych odpowiedzi tych

samych osób autorka tłumaczy nie tyle samą odmiennością narzędzi badawczych (pytań w kwestionariuszu), ile współwystępowaniem w świadomości człowieka różnych sfer myślenia. Odmienne narzędzia wydobywają treści zawarte w odmiennych obszarach świadomości.

K.Janicka odwołuje się tutaj do twierdzenia, iż w strukturach świadomości człowieka istnieją dwa **niezależne** od siebie obszary. Pierwszy z nich obejmuje myślenie abstracyjne, drugi natomiast konkretne. Treści wiedzy odpowiadającej obu obszarom nie muszą więc być ze sobą zgodne.

Uznanie zasadności powyższego wyjaśnienia pozwala zauważyć, że niezgodność obu tez dotyczących potocznych ocen wartości zdrowia staje się pozorna, jeśli nie traktuje się każdej z nich jako opisującej całą rzeczywistość. Jeżeli potraktuje się je jako prawdziwe w określonych granicach, to obie z nich mogą zostać przyjęte jako komplementarne.

Wydaje się, że teza o wzajemnym odseparowaniu myślenia abstrakcyjnego i konkretnego dobrze tłumaczy oba stwierdzone rodzaje oceny wartości zdrowia. Ten sam człowiek myśląc o zdrowiu w sferze abstrakcji może oceniać je jako wartość najwyższą, natomiast zastanawiając się nad jego wartością w bardziej skonkretyzowany sposób może dokonać oceny zdecydowanie już niższej.

Ten typ pytań w kwestionariuszu, który przy poszukiwaniu oceny wartości zdrowia eksponuje samo zdrowie, a jednocześnie ukrywa inne wartości, kieruje myślenie respondentów w obszar abstrakcji. Brak nazywania tych innych wartości, łączne ich ujęcie w opozycji do zdrowia, a w ogóle słabe zaznaczenie konieczności ich porównywania, odsuwa uwagę badanych od konkretnych sytuacji, w których mógłby następować wybór pomiędzy zdrowiem a innymi rzeczami. Ponadto zawarta w takich pytaniach sugestia, że zdrowie może być właśnie czymś najcenniejszym, wydaje się sprzyjać aktualizowaniu w świadomości respondentów silnie dodatnich konotacji aksjologicznych, trwale związanych z pojęciem i terminem "zdrowie". Eksponują się wtedy prawdopodobnie te wszystkie skojarzenia, które autorom dziecięcych definicji kazały w zdrowiu widzieć dobro, życie, szczęście, radość, siłę, nieograniczone możliwości wszechstronnego działania itp., a więc wartości same w sobie szczególnie cenne. W takiej sytuacji trudno chyba przedłożyć nad zdrowie cokolwiek innego.

Takie oceny wartości zdrowia, w których staje się ono dobrem najwyższym, wydają się zatem wynikać nie tylko z samej abstrakcyjności myślenia, ale także z pojawienia się w świadomości określonych skojarzeń wokół tego pojęcia (wartości "zdrowie").

Odnotowane już wyniki badań A.Kubiak zdają się sugerować, że w abstrakcyjnym myśleniu potocznym zdrowie jako wartość nie jest wyraźnie przeciwstawiane innym wysoce cenionym obiektom. Respondenci z tych badań odpowiadając, na czym im w życiu najbardziej zależy, jakby jednym tchem wymieniają zdrowie wespół z kilkoma innymi wartościami składającymi się, zdaniem autorki¹⁷, na jakiś syndrom "bezpiecznego minimum egzystencjalnego". Być może potwierdza się tu jedno ze wskazanych wcześniej założeń paradygmatu socjoekologicznego, mówiące o trudnościach z rozgraniczeniem zakresu zdrowia i niektórych innych, wysoce cenionych wartości, wtedy, gdy pojmowane jest ono ogólnie.

Za hipotezą mówiącą o powiązaniu zdrowia z innymi wartościami, o jego ulokowaniu wewnątrz pewnego syndromu wartości - zbliżonych bardzo do tych, jakie wskazała A.Kubiak, zdają się przemawiać także cytowane wyniki badań L.Piwowskiej-Pościk i współautorów. Interpretując te ustalenia można hipotetycznie przyjąć, że zdrowie staje się dla ok. 80-90% osób bardzo wysoką wartością wtedy, gdy powiązane jest ono ze szczęściem, harmonią w rodzinie, stabilizacją i zabezpieczeniem materialnym. Wartości te wydają się zatem stanowić niezbędny warunek docenienia zdrowia. Pozwalają kierować uwagę ku zdrowiu wtedy, gdy zostaną już osiągnięte w odpowiednim stopniu, lub wtedy, gdy dążenie do zdrowia idzie w parze z ich osiągnięciem.

W związku z powyższym jako wartość szczególnie cenioną w świadomości potocznej uznać należy już nie samo zdrowie, ale cały wyróżniony tu syndrom.

Przejście od analizy obszaru myślenia abstrakcyjnego w sferę bliższą konkretowi ukazuje wyraźnie spadek wartości przypisywanej zdrowiu. Takie ukonkretnienie myślenia dokonuje się np. dzięki skierowanej do respondentów prośbie, by swoją ocenę opierali na interpretacji swojego minionego życia, jak miało to miejsce w badaniach B.Tobiasz-Adamczyk (dla przypomnienia, ponad połowa respondentów oceniła tam wartość zdrowia jako średnią, a tylko 1/5 przyznała jej status wysoki).

Myślenie bliższe konkretowi uruchomione zostaje prawdopodobnie także dzięki skonfrontowaniu zdrowia z innymi, przynajmniej niektórymi,

¹⁷ Te dodatkowe informacje, nie opisane szczegółowo w raporcie z badań, uzyskane zostały w rozmowie z autorką.

wyraźnie nazwanymi wartościami. Tu także, jak pokazywały prezentowane badania, pozycja zdrowia na skali wartości w wielu sytuacjach ulegała dużemu osłabieniu.

To osłabienie hierarchicznej pozycji zdrowia wśród innych wartości posiada kilka różnych aspektów.

W pierwszej kolejności można wskazać fakt istnienia takich wartości, które stając w konflikcie ze zdrowiem okazują się dla dużej grupy osób znacznie bardziej cenne niż ono. Są to przede wszystkim odróżnione od zdrowia pozostałe elementy syndromu "bezpiecznego minimum egzystencjalnego" (pomyślność rodziny, zabezpieczenie materialne oraz trudne do bliższego określenia szczęście, zadowolenie, stabilizacja). Jest to także ratowanie zdrowia i życia innych osób, zwłaszcza przyjaciół i bliskich znajomych.

Dalej można zauważyć, że wartość zdrowia pomniejszana jest nie tylko przez wysoką w porównaniu z nim oceną innych, z osobna ujętych wartości, ale także przez jednoczesne przeciwstawienie mu wielu, nawet mało cennych obiektów. Jak pokazała wcześniej E.Korzeniowska, kilka wartości, z których każdą, osobno ujętą, oceniano wyżej od zdrowia jedynie kilka czy kilkanaście procent respondentów, ujęte in gremio okazały się dla oceny pozycji zdrowia bardzo istotnym zagrożeniem.

Oslabieniem wartości zdrowia jest nie tylko wyrażana wprost niska jej ocena, ale również unikanie oceny w tych sytuacjach, gdy zagrażać mu mogą inne wartości. Jak wcześniej zostało pokazane, przy porównaniach cenności zdrowia i poszczególnych innych obiektów, średnio ok. 2/5 respondentów unika dokonania oceny, co jest dla nich cenniejsze - zdrowie czy inna wartość.

Wnioskowanie na podstawie referowanych wyników o wartości zdrowia w obszarze wiedzy konkretnej ma tę niedoskonałość, że przywoływany typ badań z założenia odwołuje się do pewnych abstrakcji. Można zasadnie przyjąć, że jedynie zbliża się on do myślenia konkretnego, gdyż stawia respondenta w sytuacji wyrwanej z kontekstu jego "normalnego" życia. Jeśli zatem prawdziwa może być teza o spadku potocznej oceny atrakcyjności zdrowia wraz z ukonkretnianiem się myślenia o wartościach stanowiących dla niego konkurencję, to może okazać się, że w wielu realnych sytuacjach wartość zdrowia jest jeszcze niższa niż pokazały to referowane badania.



CZĘŚĆ IV

KRYTERIA ZDROWIA I CHOROBY

UWAGI WSTĘPNE

Pytanie o kryteria zdrowia i choroby, jakimi posługują się ludzie w swoim potocznym myśleniu, zmierza przede wszystkim do ustalenia, na jakie zjawiska czy charakterystyki człowieka zwracają oni uwagę odróżniając zdrowie od niezdrowia lub choroby. Jest to zatem pytanie o podstawowe cechy definicyjne omawianych pojęć, które są m.in. podstawą dla oceny stanu zdrowia, ale bardziej lub mniej wyraźnie pojawiają się również wszędzie tam, gdzie kategorie zdrowia i choroby służą porządkowaniu obrazu potocznie postrzeganej rzeczywistości. Jak pokazała analiza dziecięcych i młodzieżowych definicji zdrowia, ich treści pojęciowe sprowadzały się głównie do omawianych kryteriów.

Dużemu udziałowi kryteriów zdrowia wśród treści jego potocznych definicji nie towarzyszy zwiększone zainteresowanie nimi w empirycznych badaniach świadomości zdrowotnej. Wiąże się to z dominacją takich rozstrzygnięć teoretycznych, które nie sprzyjają pogłębionej empirycznej refleksji na temat omawianego przedmiotu. Spójrzmy na te rozstrzygnięcia od strony dwóch analizowanych wcześniej paradygmatów.

Paradygmat socjomedyczny, skoncentrowany na problemach choroby, z uwagi na swoje zasadnicze zainteresowania pomija zagadnienia

pozytywnie rozumianego zdrowia. W oczywisty sposób dotyczy to również kryteriów dobrego zdrowia. Chorobę traktuje natomiast jako kategorię obiektywną - skupiającą zjawiska, których podstawowa charakterystyka nie zależy od tego, jak jest ona postrzegana przez społeczeństwo. Tak więc potoczna percepcja choroby to tylko bardziej lub mniej istotna otoczka przyrodniczych w swojej istocie zjawisk, których adekwatny opis dokonany może być jedynie w kategoriach profesjonalnej wiedzy medycznej.

Przedstawione wyżej skrótowe powtórzenie podstawowych socjo-medycznych założeń daje punkt odniesienia dla wskazania właściwych temu paradygmatowi trzech sposobów spojrzenia na potoczne kryteria choroby.

Pierwsze z przywoływanych ujęć posiada wyraźnie zaznaczony normatywno-oceniający charakter. Zainteresowania badaczy nie dotyczą tu opisu treści świadomości potocznej, ale oceny pewnych jej aspektów. Ocenie tej podlega stopień potocznej znajomości podstawowych objawów i oznak wybranych chorób (np. Ostrowska: 1980). Chodzi tu oczywiście o objawy ustalone na gruncie profesjonalnej wiedzy medycznej, łatwe jednak do zaobserwowania i rozpoznania przez nieprofesjonalistów. W takim rozumieniu kryteria choroby w świadomości potocznej to wąsko pojęta wiedza "laików", dotycząca zewnętrznie obserwowalnych sposobów objawiania się danej jednostki patologicznej. To teoretyczna umiejętność rozpoznania przez nich (czy raczej podejrzenia, bo do diagnozy uprawniony jest wyłącznie lekarz) danej choroby po jej oznakach.

Drugi z sygnalizowanych punktów widzenia właściwy jest zainteresowaniom zbliżonym do etnomedycyny, która bada poglądy dotyczące zdrowia i choroby charakterystyczne dla wyodrębnionych kultur. Tutaj zwraca się uwagę zwłaszcza na opis tych wszystkich, właściwych danej kulturze sposobów określania choroby, które odróżniają się od kryteriów akceptowanych w naukowej medycynie. Badania tego typu dotyczą najczęściej zbiorowości odmiennych od "większości współczesnego społeczeństwa" - np. tradycyjnych kultur wiejskich (np. Bejnarowicz: 1969).

O ile w omawianym paradygmacie prace socjologiczne, pozostające często pod silnym wpływem medycyny, prezentują z reguły swoje ustalenia w sposób wyraźnie oceniający - przyjmując za punkt odniesienia profesjonalne kryteria choroby, to analizy bliższe antropologii kulturowej

(zob. Weidman: 1988; Leighton: 1975) starają się zachować opisowy punkt widzenia. Kryteria choroby akceptowane na gruncie określonej badanej kultury traktowane są tam przeważnie jako funkcjonalne w stosunku do innych jej elementów, co nie uzasadnia jakichś szczególnych preferencji dla kryteriów uznawanych w medycynie naukowej. Stanowisko takie zbliża się oczywiście do przesłanek właściwych pradygmatowi socjoekologicznemu, zwłaszcza gdy przedmiotem uwagi staje się dobre zdrowie.

Trzeci sposób socjomedycznego spojrzenia na potoczne kryteria choroby wiąże się z uznaniem, że nieprofesjoniści odróżniają ją od zdrowia nie tyle na podstawie wiedzy pojęciowej, w dodatku poprawnej z punktu widzenia medycyny, ale głównie w oparciu o własne odczucia emocjonalne, pojawiające się w wyniku autoobserwacji i dostrzeżenia zjawisk wywołujących niepokój. W związku z tym za podstawowe dla świadomości potocznej kryterium choroby uznaje się tu przywoływane wcześniej poczucie dyskomfortu (Sokołowska: 1986), subiektywnie definiowane przez daną osobę jako zaburzenie (brak) zdrowia, a więc choroba, dolegliwość itp.

Takie ogólne stanowisko teoretyczne może generować kierowane pod adresem empirii pytanie o to, jakie zjawiska bądź ich cechy wywołują największy niepokój człowieka o stan własnego zdrowia (np. Titkow: 1983). One właśnie mogą być uznane za szczegółowe kryteria choroby. Częściej jednak porzestaje się na ogólnym, teoretycznym odróżnieniu subiektywnego poczucia choroby, a więc dyskomfortu, i choroby obiektywnej - orzekanej przez profesjonalistę. Zakłada się przy tym, że ta druga jest podstawową przyczyną pierwszej, co pozwala utrzymywać koncentrację uwagi na zagadnieniach związanych z medyczną definicją choroby.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę na przywoływaną wcześniej funkcjonalną koncepcję choroby, która wbrew popularności i płodności teoretycznej całej tej koncepcji, niewiele wniosła do badań potocznych kryteriów tego zjawiska. Koncepcja ta kładła bowiem nacisk nie tyle na treść świadomości potocznej w definiowaniu choroby, ile na dokonywany z zewnątrz badanego podmiotu opis jego zachowań, traktowanych jako wskaźniki choroby, wykorzystywane głównie do pomiarów stanu zdrowia społeczeństwa (zob. tamże).

Dwa ostatnie z trzech wyżej wskazanych punktów widzenia adaptowane są i modyfikowane w paradygmacie socjoekologicznym.

Paradygmat ten nie zaproponował co prawda jakiegoś całkowicie nowego ujęcia potocznych kryteriów zdrowia, natomiast przeniósł centrum uwagi z choroby na dobre zdrowie i, co ważniejsze, wycofał się z takiego spojrzenia na świadomość laików, które było wyraźnie podporządkowane profesjonalnemu (medycznemu) pojmowaniu zdrowia. Uznano tu bowiem normatywną i empiryczną zasadność tezy, że każdy człowiek może określać i określa swoje zdrowie we własny sposób, na podstawie dogodnych dla siebie kryteriów. Celem praktycznych działań polityki społecznej inspirowanej socjoekologicznym sposobem myślenia jest bowiem w dużej mierze kreowanie takiej sytuacji, w której jak najwięcej osób będzie mogło jak najdłużej cieszyć się poczuciem dobrego zdrowia.

Konsekwencją akceptacji powyższych przesłanek jest skierowane pod adresem empirii pytanie o kryteria, na podstawie których ludzie budują swoje indywidualne poczucie dobrego zdrowia. Nie jest to, jak w jednym z ujęć socjomedycznych, pytanie ocenne: czy ludzie znają właściwe kryteria zdrowia (choroby), ale opisowe: jakimi kryteriami kierują się w myśleniu o nim? Jeżeli nawet dochodzi do porównania zgodności kryteriów profesjonalnych i nieprofesjonalnych, to raczej w takim celu, by modyfikować te pierwsze w kierunku odpowiadającym tym drugim (por. Aakster: 1986). Należy przy tym przypomnieć, że profesjonalne pojęcie zdrowia nie ogranicza się tutaj do braku choroby.

Paradygmat socjomedyczny, stawiający problem zgodności profesjonalnych i potocznych kryteriów zdrowia (choroby) - cokolwiek by mówić o szczegółowych sposobach badania tego problemu - jest, póki co, niewątpliwie bardziej stymulujący do prowadzenia poszukiwań empirycznych w omawianym zakresie niż paradygmat socjoekologiczny. W tym drugim opis potocznych kryteriów zdrowia jest tylko wskazaniem ogólnego obszaru przedmiotowego, nie podporządkowanego raczej jakimś szczegółowym problemom badawczym. Sprawia to, że uwaga badaczy zostaje skierowana m.in. ku ogólniejszym od samych kryteriów nieprofesjonalnym koncepcjom zdrowia (np. Herzlich: 1973; Pill:1991).

Polska literatura przedmiotu, podobnie jak i zachodnia, nie może poszczycić się znaczącymi wynikami badań w omawianym obszarze, inspirowanych socjoekologicznym sposobem myślenia. Także socjomedyczna opisowa charakterystyka społeczeństwa polskiego należy raczej do

rzadkości i pozostaje w sferze postulatów (Titkow: 1983, s. 225; Ostrowska: 1975, s. 30). Towarzyszące im poszukiwania warsztatowe słabo jednak eksponują problem nieprofesjonalnych kryteriów określania stanu zdrowia, gubiąc go wśród innych, dość przypadkowo dobieranych treści składających się na pole semantyczne zdrowia czy choroby (np. Nosal: 1982). Wszystko to sprawia, że baza materiałowa dla analizy kryteriów zdrowia i choroby w potocznej świadomości społeczeństwa polskiego jest bardzo uboga.

POTOCZNE KRYTERIA ZDROWIA. USTALENIA EMPIRYCZNE

Jak wynika z wcześniejszych uwag, jedynym wyrażnie zaznaczonym problemem w obszarze badań potocznych kryteriów zdrowia i choroby jest poszukiwanie relacji pomiędzy nimi a kryteriami właściwymi myśleniu profesjonalnemu (medycznemu). Znaczenie tego problemu zostało bardzo silnie wyeksponowane w klasycznych już ustaleniach. Zgodnie z nimi 30% - 50% pacjentów zgłaszających się po pomoc w niepsychiatrycznym lecnictwie otwartym to osoby, u których nie stwierdza się uchwytneho tła organicznego ich chorób (Sokołowska: 1980, s. 125). Z medycznego punktu widzenia, a więc przy stosowaniu kryteriów rozpoznawania choroby właściwych praktyce klinicznej, są to ludzie zdrowi. Sami oni jednak uznają siebie za chorych. Przy założeniu rzetelności i kompetencji lekarzy w opisanym postępowaniu diagnostycznym i autentyzmu przekonania o chorobie u zgłaszających się osób, wielkość zjawiska rozmiłania się potocznych i profesjonalnych kryteriów określania stanu zdrowia jawi się jako istotny problem społeczny, związany z podstawami funkcjonowania opieki zdrowotnej.

Spoglądając na rozmiłanie się kryteriów profesjonalnych i potocznych z innego punktu widzenia należy odnotować, że wiele osób obserwujących u siebie objawy chorób nie traktuje ich jako ubytku zdrowia i nie widzi potrzeby kontaktu z lekarzem. Choć jest to z pewnością wynik bardziej generalnych postaw wobec własnego zdrowia i instytucji medycyny (np. Titkow: 1983; Ostrowska: 1980), to potocznie akceptowane kryteria zdrowia i choroby odgrywają tu niemłą rolę. Jak pokazuje A.Pawlak (1985) na podstawie badań losów polskich olimpijczyków po zakończeniu przez nich

kariery zawodniczej, sportowcy ci nawet poważnych uszczerbków w medycznie pojmowanym zdrowiu nie traktują jako choroby, jeżeli nie powodują one ograniczeń w ich społecznej aktywności. "Podkreślają oni - pisze autor - swoje dobre zdrowie również w przypadku trwałego kalectwa lub przebytych ciężkich chorób. Brak zdrowia wiąże ściśle z wkroczeniem instytucji medycznych i koniecznością okresowego wyłączenia się z czynnego życia. Wszelkie niedomagania mieszczące się w sferze życia prywatnego nie mające wpływu na jego zewnętrzny, publiczny obszar nie są rozumiane przez badanych w kategorii braku zdrowia".

W toku systematycznej prezentacji ustaleń dotyczących kryteriów zdrowia chcę kontynuować sygnalizowany problem relacji medycznego i nieprofesjonalnego myślenia. Wydaje się, że ukazać go trzeba na szerszym tle specyfiki potocznego widzenia omawianych kryteriów, a nie poprzestawać na konstatacji samych różnic. Podstawowym ograniczeniem dla takiej analizy jest oczywiście zgromadzony materiał empiryczny. Nie pozwala on znacząco wykroczyć poza ustalenia prezentowane przy okazji omawiania młodzieżowych definicji zdrowia. Pozwala jednak na potwierdzenie niektórych wcześniejszych obserwacji oraz próbę ich ilościowej charakterystyki w oparciu o usystematyzowane badania szerszych grup społeczeństwa.

Kryteria zdrowia w autoocenie jego stanu i charakterystyce człowieka zdrowego.

W referowanych badaniach pracowników przemysłu, przeprowadzonych w ich reprezentacji i wśród załóg pięciu zakładów, zastosowane zostały dwa sposoby ustalenia treści potocznych kryteriów zdrowia. Pierwszy z nich dotyczył rozpoznania tych cech, jakie, zdaniem badanych, składają się na ogólnie rozumiane dobre zdrowie człowieka. Drugi ukazać miał te kryteria, którymi posługują się badane osoby przy dokonywaniu autooceny stanu zdrowia¹.

¹ Poszukiwania te miały przede wszystkim charakter prób warsztatowych, nie były zatem w fazie konceptualizacji podporządkowane wyraźnie określonym celom badawczym.

W badaniach reprezentacji poproszono respondentów o dokonanie autooceny stanu zdrowia na czteropunktowej skali. Następnie zadano im otwarte pytanie: "Co przede wszystkim wskazuje na to, że P. zdrowie jest ... (dobre - złe)? Po czym P. to poznaje?" Poszczególne osoby, które w sytuacji wywiadu kwestionariuszowego udzielały odpowiedzi na tak sformułowane pytanie (1434 respondentów), przywoływały jedno kryterium oceny stanu zdrowia (57%), rzadziej dwa (42%), a wyjątkowo trzy lub więcej.

Ponad 38% odpowiadających istotnie odwoływało się tylko lub między innymi do swojego dobrego lub złego **samopoczucia**. Były tam używane takie określenia, jak: "dobrze (źle) się czuję", "czuję się zdrowo", "nie czuję się najlepiej" itp.

Podobna ilość osób, ponad 36% , ocenia swoje zdrowie przez pryzmat **choroby**. Wyróżnić tu można trzy typy wypowiedzi. Pierwszy, pojawiający się najczęściej, to ogólne wskazania na: a) częstość pojawiania się chorób - np. "rzadko (często) choruję", "nie choruję do wielu lat", b) ich ilość - np. "mam wiele (coraz więcej) różnych chorób", "tylko nieliczne schorzenia" lub c) długość - np. "ostatnio długo chorowałam", "tylko jakieś krótkotrwałe choroby, które szybko mijają". Drugi typ wypowiedzi jest bardziej skonkretyzowany i polega na wskazaniu umiejscowienia lub nazwy choroby, często zgodnej z nomenklaturą medyczną. Przykładowo: "choruję na serce (płuca, kręgosłup)", "mam nerwicę (reumatyzm, wrzody żołądka)", "jestem po zawale" itp. Wypowiedzi trzeciego typu dotyczą oceny powagi choroby, np. "różne poważne (drobne) choroby", "nie choruję na nic poważnego".

29% badanych określa stan swojego zdrowia na podstawie posiadania lub braku **dolegliwości**, charakteryzowanych przy tym w podobny sposób jak wskazane choroby. Do kategorii tej zaliczone zostały ponadto takie kryteria, jak: bóle (np. stawów, głowy) i kłopoty z ... (np. żołądkiem, zasypianiem, kręgosłupem).

Ponadto 10% badanych myśli o swoim zdrowiu jako o posiadaniu lub niedostatku **sił vitalnych** (np. "mam dobrą kondycję fizyczną i psychiczną", "mam jeszcze sporo siły").

Tyle samo osób zwraca uwagę na brak potrzeby lub potrzebę **korzystania ze świadczeń medycznych** albo na sam fakt korzystania lub

nie z tych świadczeń (np. "nie muszę chodzić do lekarza", "na nic się nie lecę", "coraz częściej jestem na zwolnieniu").

Kryteria rzadziej używane to przywoływane przez blisko 5% badanych wyniki badań medycznych (np. "badania wskazują, że jestem zdrowy", "lekarze nie widzą u mnie chorób"), to także, co przywołuje ok. 4% respondentów, harmonia psychiczna lub jej zakłócenia (np. "jestem bardzo nerwowa", "nie mam żadnego stresu"), jak również, wskazywane przez 2% badanych osób, ograniczenia lub brak ograniczeń w pełnieniu ról społecznych (np. "mogę robić wszystko, co do mnie należy", "nie muszę ograniczać swoich zadań" itp.).

Warto jeszcze zwrócić uwagę na fakt, że ok. 5% respondentów jako kryterium pozwalające im określić własny stan zdrowia wskazuje warunkujące go czynniki, zwłaszcza szkodliwy wpływ wykonywanej pracy zawodowej lub, rzadziej już, inne zjawiska (np. zatrucie atmosfery, trudności finansowe, ale także własną aktywność fizyczną czy rekreacyjną).

Zbliżone wyniki, przy zastosowaniu podobnego pytania, uzyskano w przywołanych badaniach pracowników pięciu zakładów przemysłowych (por. Ocena miejsca zdrowia: 1987). Choć bezpośrednie porównanie ustaleń z obu badań nie jest w pełni możliwe², warto zwrócić uwagę na dwie różnice.

W obecnie omawianych badaniach odsetek osób oceniających swoje zdrowie na podstawie uwarunkowań jego stanu (głównie wykonywanej pracy zawodowej) wynosił ponad 25%. Tłumaczyć to można faktem, że blisko połowa badanych pracowała na stanowiskach stwarzających duże ryzyko zdrowotne i głównie oni jako kryterium autooceny stanu zdrowia wskazywali szkodliwy wpływ wykonywanej pracy. Czynniki te wyraźnie zdominowały ich myślenie o własnym zdrowiu.

Kolejna różnica dotyczy ilości kryteriów wskazywanych przez poszczególne osoby. W omawianych badaniach respondenci posługujący się więcej niż jednym stanowili zaledwie ok. 25%. Wiąże się to ze zubożeniem charakterystyki zdrowia, widzianej tak w skali zbiorowej, jak indywidualnej. Zubożenie to objawia się przede wszystkim rzadszym przywoływaniem kryteriów innych niż choroby i samopoczucie.

² Wynika to z nieco odmiennego pogrupowania wypowiedzi respondentów, co dotyczy zwłaszcza łącznego ujęcia kategorii chorób i dolegliwości, którą posługiwało się ponad 45% ankietowanych (przy 30% wskazujących na samopoczucie).

Podsumowując przedstawione ustalenia z obu badań można stwierdzić, że zdecydowana większość osób (2/3 - 3/4) określa swoje zdrowie odwołując się do chorób, dolegliwości bądź samopoczucia. Dominujący w badanych grupach obraz zdrowia jest zatem mało zróżnicowany pod względem treści³. Jeżeli ogólne kategorie chorób i dolegliwości ujawniają pewną różnorodność znaczeń, to samopoczucie, w świetle prezentowanych dotąd wyników, wydaje się pojęciem bardzo słabo wewnątrznie urozmaiconym.

Tabela 3

Częstość wyborów samopoczucia i chorób jako pierwszego (lub jedyne) kryterium autooceny zdrowia w relacji do wieku (w %). Dane dotyczą reprezentacji pracowników przemysłu

Kryterium	Grupa wieku					
	+ 55 /n=80/	54-45 /n=280/	44-35 /n=493/	34-25 /n=410/	24 - /n=169/	
samopoczucie:						
ogółem	28	21	32	34	46	p<0,001 C=0,15
dobrze	19	16	27	31	43	p<0,001 C=0,17
słabe	9	5	5	3	3	nieistotne
choroby:						
ogółem	41	36	30	28	25	p<0,02 C=0,09
brak	9	12	16	19	18	nieistotne
posiadanie	32	24	14	9	7	p<0,001 C=0,19

W obu badanych zbiorowościach zastosowane zostały także inne narzędzia rozpoznania potocznych kryteriów zdrowia, co pozwala ukazać nowe wyniki, skłaniające do nieco innych konkluzji.

Pracownikom pięciu zakładów zadano w ankiecie następujące pytanie: "Gdyby P. miał(a) przy pomocy kilku cech opisać człowieka posiadającego dobre zdrowie, to które z niżej wymienionych uznał(a)by P. jako najważniejsze? Proszę podkreślić nie więcej niż trzy cechy". Pod pytaniem zamieszczono dziewięć określeń zdrowia, utworzonych w oparciu o niektóre teoretyczne propozycje jego zdefiniowania. Pozostawiono również możliwość udzielenia innej odpowiedzi (tab. 4).

Zanim omówione zostaną przedstawione w tabeli 4 ustalenia, pokazać można dane uzyskane w innych badaniach.

W wywiadzie przeprowadzonym w reprezentacji pracowników przemysłu zadane zostało pytanie zbliżone do przedstawionego powyżej. Podstawowe różnice polegały na ograniczeniu ilości zaproponowanych kryteriów do sześciu (przy zmianie ich treści) oraz dopuszczeniu możliwości wyboru jedynie dwóch kategorii. Odsetki osób wskazujących na poszczególne z uwzględnionych kryteriów jako na najlepsze charakterystyki zdrowia przedstawia tab. 5⁴.

³Dotyczy to również (w reprezentacji pracowników przemysłu) społecznego zróżnicowania preferencji. Płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania (miasto-wieś) i stanowisko (robotnicze - nierobotnicze) nie wpływają w istotny sposób na częstość wyboru tych czy innych kryteriów. Jedynie w relacji do wieku ujawniają się dość oczywiste zależności, które dotyczą wyłącznie dwóch kategorii: chorób i samopoczucia. Osoby starsze częściej niż młodsze przywołują posiadanie chorób. Wraz z wiekiem maleje natomiast częstość przywoływania samopoczucia (choć nieco wzrasta w najstarszej grupie wiekowej). Przede wszystkim jednak maleje częstość wskazań na dobre samopoczucie. Generalna konkluzja jest taka, że młodszy myśląc o własnym zdrowiu częściej zwracają uwagę na kryterium samopoczucia, starsi zaś odwołują się częściej do chorób (tab.3).

⁴Poszukiwanie zależności statystycznych (test χ^2) pomiędzy wskazaniem na poszczególne charakterystyki zdrowia a zmiennymi strukturalnymi (płeć, wiek, wykształcenie, stanowisko: robotnicze-nierobotnicze oraz kierownicze-niekierownicze, miejsce zamieszkania: (wieś-miasto) nie wykazało istotnie znaczących związków.

Tabela 4.

Kryteria wskazane przez pracowników pięciu zakładów jako najważniejsze charakterystyki zdrowia. (Dopuszczono możliwość wyboru trzech kryteriów, w związku z czym odsetki nie sumują się)

Zdrowy jest człowiek, który:	% (N = 1814)
jest sprawny fizycznie, ma dużo sił, nie męczy się zbyt szybko	59
jest odporny na choroby, zahartowany, nie choruje zbyt często	53
zachowuje pogodę ducha, spokojnie znosi kłopoty życiowe, nie odczuwa zdenerwowania z byle powodu	47
czuje potrzebę działania, ma chęć do życia, nie jest zmęczony życiem, potrafi się nim cieszyć	28
może sprawnie wykonywać swoje codzienne czynności w pracy i w domu, nie musi ich ograniczać	27
postępuje etycznie, uczciwie w stosunku do innych ludzi, nie szkodzi innym	26
nie odczuwa różnych dolegliwości, dobrze się czuje, nie niepokoi się o siebie	24
ma sprawny umysł, dobrą pamięć, nie ma trudności ze skupieniem uwagi	18
jest potrzebny społeczeństwu, daje coś z siebie dla innych, nie prowadzi pasożytniczego życia	13

Tabela 5

Kryteria wskazywane przez reprezentację pracowników przemysłu jako najważniejsze charakterystyki zdrowia. (Istniała możliwość wyboru dwóch kryteriów, w związku z czym odsetki nie sumują się).

Kryterium zdrowia (zdrowy jest człowiek, który:)	% N = 1433)
brak poczucia dyskomfortu (pod każdym względem dobrze się czuje i nie widzi u siebie choroby)	44
kryterium medyczne (ma wyniki analiz w normie, lekarz nie stwierdza choroby)	40
równowaga (jest spokojny, opanowany i zrównoważony, radzi sobie z przeciwnościami losu)	29
kryterium witalistyczne (jest silny i energiczny)	25
kryterium funkcjonalistyczne (może sprawnie wywiązywać się ze swych obowiązków w pracy i w domu)	21
funkcjonalistyczne zmodyfikowane, tzw. "productive life" (rozwija własne zdolności wykorzystując je dla siebie i społeczeństwa)	10

Dla pełniejszej charakterystyki przedmiotu dane zamieszczone w tab. 5 przedstawić można w nieco innym pogrupowaniu. Kolejna tabela (tab. 6) ukazuje odpowiedzi uzyskane na omawiane pytanie, podając jednak odsetki

osób wybierających poszczególne kombinacje (jedno i dwuelementowe) uwzględnionych kryteriów, a nie, jak poprzednio, dane dotyczące akceptacji każdego z kryteriów ujętego osobno. Przedstawia zatem całkowite charakterystyki zdrowia, jakimi posługiwali się poszczególni respondenci z reprezentacji pracowników przemysłu.

Tabela 6

Charakterystyki zdrowia wybierane przez poszczególne osoby z reprezentacji pracowników przemysłu

Kryteria określające zdrowie	% (N=1433)
medyczne + brak dyskomfortu	13,9
brak dyskomfortu	10,9
medyczne	6,8
witalistyczne + brak dyskomfortu	6,3
medyczne + witalistyczne	6,1
medyczne + równowaga	6,1
brak dyskomfortu + równowaga	6,1
równowaga	5,9
medyczne + funkcjonalistyczne	5,0
brak dyskomfortu + funkcjonalistyczne	4,4
witalistyczne + równowaga	4,3

c.d. na str. 108

c.d. ze str. 107

witalistyczne + funkcjonalistyczne	3,4
funkcjonalistyczne + równowaga	3,4
witalistyczne	2,8
funkcjonalistyczne	2,8
productive life + równowaga	2,2
brak dyskomfortu + productive life	1,7
funkcjonalistyczne + productive life	1,6
witalistyczne + productive life	1,5
medyczne + productive life	1,4
productive life	1,2
więcej niż dwa kryteria	2,2
O g ó ł e m	100,0

Ustalenia przedstawione w powyższych tabelach uzupełnić należy o dodatkowe informacje. Otóż 92% odpowiadających na przywołane pytanie ankiety (tab.4) charakteryzowało zdrowie za pomocą przynajmniej trzech spośród wskazanych kryteriów (część osób przekraczała dopuszczone w pytaniu możliwości i wskazywała więcej niż trzy). Jedynie 6% pozostało przy wyborze dwóch kategorii a 2% zadowolilo się jedną jako wystarczającą dla charakterystyki zdrowia. Z kolei respondenci z reprezentacji pracowników przemysłu (tab. 5 i 6) w 70% charakteryzowali zdrowie za

pomocą przynajmniej dwóch kryteriów, podczas gdy 30% pozostało przy wyborze jednego⁵. Dane te pokazują, że dla zdecydowanej większości osób (ok. 4/5) zdrowie jest zjawiskiem wieloaspektowym, określanym za pomocą kilku różnych kryteriów.

Tab. 6 pokazuje, że konsekwencją wieloaspektowego pojmowania zdrowia, co oznacza posługiwanie się przez poszczególne osoby kilkoma jego kryteriami łącznie, jest duże zróżnicowanie indywidualnie akceptowanych charakterystyk zdrowia⁶. Różne osoby w nieco odmienny sposób charakteryzują omawiane pojęcie, ale poszczególne z tych indywidualnych charakterystyk posiadają wiele treści wspólnych.

Gdy idzie o treść najczęściej wybieranych kryteriów zdrowia to uwagę zwraca przede wszystkim dowartościowanie jeszcze innych jego określeń, niż eksponowane wcześniej choroby, dolegliwości i samopoczucie. Dużego znaczenia nabiera tu zbliżone do kategorii dobrego samopoczucia kryterium określone w tab. 5 jako "równowaga". Wyraźnie widać to w ustaleniach z badań pracowników pięciu zakładów przemysłowych (tab. 4). Znalazło się ono tam na trzecim miejscu w hierarchii najczęściej wybieranych kryteriów dobrego zdrowia i wskazywane było przez blisko połowę respondentów. Szczególnie dużą rolę odgrywa też sprawność vitalna - bardzo silnie eksponowana w wynikach jednych badań (tab. 4), nieco słabiej w ustaleniach z drugich (tab. 5). Dla ok. 1/4 badanych duże znaczenie ma również sprawność funkcjonalna oraz kierowanie się w życiu zasadami etyki, co tak silnie eksponowane jest w filozofii zdrowia autorstwa J.Aleksandrowicza (np. 1979; 1987).

Do podobnych wniosków skłaniają ustalenia pochodzące z badań reprezentacji dorosłej części społeczeństwa polskiego, przeprowadzonych w 1993 r. metodą ankietową⁷. W kwestionariuszu pojawiło się tam na-

⁵ W obu badaniach odsetki osób ograniczających się do wskazania tylko jednego kryterium zdrowia zdecydowanie różnią się. Relatywnie duży udział tych osób w wynikach badań przeprowadzonych metodą wywiadu tłumaczyć częściowo można tzw. efektem ankietarskim, na co wskazują obserwacje poczynione podczas prac koderskich. Technika ankiety wolna była od tego rodzaju wpływów i w związku z tym ustalenia zebrane za jej pomocą wydają się w omawianym przypadku bardziej trafne.

⁶ Zróżnicowanie to można byłoby dostrzec jeszcze wyraźniej, gdyby w podobny sposób jak w tab.6 przedstawić dane zamieszczone w tab. 4 (zob. Ocena miejsca zdrowia: 1987)

stępujące polecenie: "Poniżej znajduje się lista spraw dotyczących zdrowia, uznawanych przez niektórych ludzi za ważne w ich życiu. Które z nich uznaje P. za najważniejsze dla siebie? Proszę podkreślić jedną albo dwie najważniejsze dla P. sprawy". Uzyskane wyniki przedstawia tab. 7.

Tabela 7

Najważniejsze charakterystyki zdrowia wybierane przez reprezentację społeczeństwa polskiego (w %). Dopuszczono możliwość wskazania dwóch charakterystyk, w związku z czym odsetki nie sumują się

Charakterystyka zdrowia	% /N = 1959/
brak dokuczliwej choroby, uciążliwych dolegliwości	40
sprawność fizyczna i siła	38
spokojne nerwy, brak nadmiaru stresów	37
poczucie zadowolenia, dobre samopoczucie	29
możliwość sprawnego wypełniania obowiązków zawodowych, domowych	17
prawidłowe funkcjonowanie organizmu potwierdzone badaniami medycznymi	14
długie życie	8
inne	3

⁷Projekt badawczy nr 110819101 pt. "Psychospołeczne uwarunkowania zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego", finansowany przez Komitet Badań Naukowych /zob. Psychospołeczne uwarunkowania, 1995/.

Jako nową informację warto natomiast odnotować, że pojęcie zdrowia nie wiąże się w świadomości społecznej z długim życiem. Jedynie osiem osób na sto z reprezentacji społeczeństwa polskiego myśląc ogólnie o zdrowiu zwraca istotną uwagę na długość życia. Można zatem przypuszczać, że życie cenione jest w naszym społeczeństwie nie tyle ze względu na jego długość, co sens czy jakość - jest cenne, jak wyraził to St.Ossowski, jako okazja do przeżywania rzeczy, dla których warto żyć.

Nieco odmienne sposoby skonstruowania pytań zastosowanych w omawianych badaniach utrudniają bezpośrednie porównanie uzyskanych wyników i jednoznaczne wskazanie treści eksponowanych w potocznych definicjach zdrowia. Dodatkowym problemem jest również uzgodnienie ustaleń zebranych przy pomocy pytań skategoryzowanych i wcześniej omawianych pytań otwartych. Odkładając te kwestie na dalszy plan, chcę obecnie podjąć zagadnienie miejsca kryteriów medycznych (sprowadzających zdrowie do braku obiektywnej choroby) w potocznym myśleniu o kryteriach zdrowia. Analizy te dostarczą dodatkowych przesłanek dla opisu specyfiki świadomości potocznej.

K r y t e r i a m e d y c z n e a ś w i a d o m o ś ć p o t o c z n a

Punktem wyjścia dla rozważenia miejsca opcji medycznych w potocznym myśleniu o kryteriach zdrowia mogą być ustalenia z badań A.Boczковского i C.Włodarczyka (1988), przeprowadzonych w 1987 r. w reprezentacji osób w wieku produkcyjnym, zamieszkujących jedno z małych miast w sieradzkim. W badaniach tych, wykonanych techniką wywiadu kwestionariuszowego, skierowano do respondentów pytanie: "Kiedy, w jakich okolicznościach mógłby (mogłaby) P. powiedzieć z całym przekonaniem, że jest P. zdrowy(a)? Które z tych stwierdzeń przede wszystkim kojarzy się P. z dobrym zdrowiem?". Poniżej zamieszczone zostały cztery określenia zdrowia, z których należało dokonać wyboru jednego. Uzyskane wyniki przedstawia tab. 8.

Zdecydowana większość badanych, bo aż 80%, kojarzy swoje dobre zdrowie raczej z innymi treściami, niż czynią to zazwyczaj lekarze. Tylko 20% respondentów akceptuje kryteria charakterystyczne dla paradygmatu socjomedycznego.

nazwanych: 1) "zdrowie w próżni" (health in a vacuum), 2) "rezerwy zdrowia" (reserve of health) i 3) "równowaga" (equilibrium).

Zdrowie w próżni definiowane jest w kategoriach braku - przede wszystkim braku choroby, ale nawet braku uświadomienia sobie posiadania ciała. Zdrowiem określany jest stan nieobecności, naturalności, braku wydarzeń czy braku poczucia przepływającego czasu. Zdrowie to życie bez konieczności zwracania uwagi na ów fakt. Jest ono uświadamiane dopiero w konsekwencji ataku choroby.

Rezerwy zdrowia oznaczają nie tyle jakiś brak, co posiadanie pewnego rodzaju kapitału, jakim jest z jednej strony tężyzna czy siła fizyczna, z drugiej potencjalna odporność na zewnętrzne ataki choroby. Zdrowie posiada tu wyraźne podstawy organiczne, uwydatnione w konstytucji i temperamencie człowieka.

Równowaga to specyficzny rodzaj jednostkowych doświadczeń wewnętrznych. Zdrowie stanowi tu przedmiot odczuć psychicznych i coś w rodzaju normy, do której osiągnięcia i utrzymania człowiek dąży dla uzyskania satysfakcji. Szczegółowe kryteria tej normy są silnie zindywidualizowane, obejmować mogą szeroki zakres doświadczeń, jak np. poczucie doskonałości, zasób energii, brak zmęczenia, dobre samopoczucie, poczucie szczęścia czy zadowolenia, swobodę ruchów, skuteczność działania, dobre stosunki z innymi itp. Ten typ zdrowia nie musi być negowany przez obecność choroby (tamże, s. 56-63).

Zgodnie z terminologią zaproponowaną przez C.Herzlich, osoby nie uznające braku chorób jako podstawowego kryterium zdrowia (nie definiujące go "w próżni") ujmują je w kategoriach "rezerw zdrowia" lub "równowagi". Tutaj więcej miejsca chcę poświęcić temu ostatniemu kryterium.

Zdrowie pojęte jako "równowaga" nie kłóci się z obecnością choroby - obie te kategorie są logicznie niezależne. Człowiek określający swoje zdrowie jako dobre według kryterium "równowagi" może jednocześnie dostrzegać u siebie chorobę¹⁰. Oznaki tego typu myślenia można było zaobserwować przy okazji analiz dziecięcych definicji zdrowia. Dało się ono zauważyć także w badaniach pracowników przemysłu, gdy osoby dobrze oceniające swoje zdrowie w uzasadnieniu tej oceny wskazywały jednocześnie chorobę jak i np. dobre samopoczucie lub sprawność fizyczną.

Osoby te prawdopodobnie wyżej od braku choroby cenią sobie jakieś inne charakterystyki zdrowia. Wskazywana choroba może również nie być traktowana jako poważna, godna zwrócenia szczególnej uwagi w kontekście refleksji nad własnym zdrowiem.

Problem kryteriów, na podstawie których w swym potocznym myśleniu uznajemy pewne choroby za poważne, inne zaś za mało istotne, podjęła A. Titkow (1983) w badaniach kwestionariuszowych przeprowadzonych w latach 1971-72 w reprezentacji dorosłych mieszkańców Warszawy.

Okazało się, że najważniejszymi cechami choroby, czy raczej motywami, które skłaniają badanych do uznania jej dużego znaczenia, są: dokuczliwość objawów (31%), przekonanie o zagrożeniu wynikającym z powagi choroby (19%), utrata sprawności fizycznej (19%), kłopotliwość leczenia (8%), aktualna obecność choroby (5%) i ujemny jej wpływ na wywiązywanie się z obowiązków zawodowych (4%) - (zob. tamże, s. 115-117).

Można na tej podstawie przyjąć, że choroba głównie wtedy staje się istotną, gdy wyraźnie daje o sobie znać (dokuczliwość objawów, utrata sprawności, kłopotliwość leczenia), mniej zaś ze względu na samą siebie (przekonanie o powadze obserwowanych objawów, aktualność choroby). Stawia to pod znakiem zapytania adekwatność tych spośród socjomedycznych założeń, które eksponują rolę racjonalnej wiedzy medycznej w potocznym myśleniu o chorobie, pozwala natomiast docenić te, w których choroba traktowana jest jako korelat autopostrzegania jednostki w kontekście jej psychospołecznego funkcjonowania.

¹⁰ Współwystępowanie w świadomości danego człowieka dwóch na pozór sprzecznych przekonań - o dobrym zdrowiu i o chorobie, nie odnosi się do dwóch typów sytuacji. Pierwsza z nich ma miejsce wtedy, gdy człowiek ów posiada obiektywną chorobę, lecz o niej nie wie. Choroba, ta własna, nie jest wtedy elementem jego świadomości. Druga sytuacja obejmuje zjawisko określane w literaturze jako zaprzeczanie chorobie. Ma ono miejsce wówczas, gdy z jakichś względów ktoś stara się uchodzić za zdrowego i bardziej lub mniej świadomie wyzybywać się przekonania o własnym schorzeniu. Należy także zaznaczyć, że omawiana sytuacja współwystępowania w świadomości potocznej dobrego zdrowia i choroby w zasadzie nie odnosi się do osób, które definiują zdrowie wyłącznie albo przede wszystkim "w próżni". Wtedy, z logicznego punktu widzenia, oba przekonania są w obszarze świadomości danej jednostki sprzeczne rzeczywiście, a nie tylko pozornie.

PODSUMOWANIE

W prezentowanych ustaleniach empirycznych dotyczących kryteriów zdrowia w świadomości społecznej ujawniła się niezgodność dwojakiego rodzaju danych, odnoszących się do wiedzy tych samych osób.

Z jednej strony, co pokazały pytania otwarte, okazało się, że kryteria będące podstawą autooceny stanu zdrowia są bardzo mało urozmaicone. Ograniczają się głównie do posiadania lub braku chorób i dolegliwości oraz dobrego lub złego samopoczucia. Jeżeli jednak kategorie chorób i dolegliwości ujawniają w sobie niewielkie zróżnicowanie treści, to samopoczucie jest kategorią nie wykazującą wewnętrznego zróżnicowania znaczeń. Poszczególne osoby, charakteryzując własne zdrowie posługują się w większości jednym, rzadziej dwoma spośród przywołanych kryteriów. Sprawia to, że liczebnie duże grupy jednostek cechują się wewnątrz znacznymi podobieństwami w omawianym obszarze świadomości.

Dane drugiego rodzaju, uzyskane dzięki zadaniu tym samym osobom pytań skategoryzowanych pokazały, że kryteria zdrowia składające się na jego abstrakcyjny obraz cechują się dużą różnorodnością. Znaczne odsetki osób wskazują nie tylko poprzednio dominujące kryteria, jak brak chorób i dolegliwości oraz dobre samopoczucie (które teraz nie jest monolitem lecz pojawia się w wielu różnych postaciach), ale silnie eksponują również takie charakterystyki zdrowia, które wcześniej dały się zauważyć jedynie marginalnie (jak sprawność vitalna i nieco rzadziej funkcjonalna), a także te, które poprzednio były zupełnie nieobecne (etyka w postępowaniu). Poszczególne jednostki w zdecydowanej większości (ok. 80%) skłaniają się ku charakterystyce zdrowia złożonej z kilku różnych kryteriów, co m.in. sprawia, że indywidualne obrazy zdrowia wykazują duże zróżnicowanie, choć posiadają także wiele elementów wspólnych.

Różnice pomiędzy treściami potocznego myślenia o kryteriach zdrowia pojawiającymi się w dwóch różnych kontekstach tłumaczyć można na kilka sposobów. Jedno z wyjaśnień kieruje uwagę na przedmiot, jaki w danej sytuacji pojawia się w centrum uwagi respondenta, w powiązaniu z zastosowanymi narzędziami badawczymi, służącymi jego poznaniu. W jednym przypadku, rozpoznawanym przy pomocy pytań otwartych, jest to empirycznie doświadczane zjawisko - własny stan zdrowia jednostki.

W drugim, stwierdzanym w oparciu o pytania skategoryzowane, jest to idealnie pojęty obiekt - charakterystyka dobrego zdrowia.

Można zasadnie przypuszczać, że drugi ze wskazanych kontekstów sprzyja ekspozycji się w świadomości badanych wielokrotnie przywoływanych już treści, towarzyszących takiemu pojmowaniu zdrowia, gdzie jest ono synonimem wszechobejmującego dobrostanu. W związku z tym jego charakterystyka wydobyta przy pomocy pytań skategoryzowanych, zatrzymujących uwagę respondenta na nieco dłuższy czas, jest głównie odzwierciedleniem owych wyidealizowanych treści, w jakimś stopniu sugerowanych badanym osobom przez fakt opisanie ich w kafeteriach pytań. Z kolei pierwszy kontekst sprzyja prawdopodobnie dominacji w polu uwagi tego typu skojarzeń, gdzie zdrowie pojmowane jest jako coś prostego i oczywistego, jako jednoznaczne dla wszystkich zjawisko. Pytania swobodne wydobły te właśnie oczywiste skojarzenia, które nie skłaniały badanych do głębszej autorefleksji i nie sugerowały im jakichkolwiek znaczeń zdrowia, tym bardziej złożonych.

Przyjęcie powyższej interpretacji rodzi jednak problem, czy myślenie jednostek o zjawiskach własnego zdrowia jest wyraźnie odseparowane od treści charakterystycznych dla jego idealnego pojmowania i czy to pierwsze rzeczywiście jest tak mało urozmaicone, jak sugerować mogą wyniki uzyskane w badaniach pracowników przemysłu. Wydaje się, że nie. Ustalenia A.Boczkowskiego i C.Włodarczyka, pochodzące z pytania o kryteria dobrego zdrowia stosowane w autoocenie sugerują, że w myśleniu o zjawisku własnego zdrowia elementy witalistyczne odgrywają znacznie większą rolę niż pokazały pytania otwarte. Do podobnych wniosków skłaniają dane dotyczące reprezentacji społeczeństwa polskiego (tab. 8). Z kolei analizy świadomości dzieci i młodzieży kierują ku konkluzji, że wieloaspektowość i złożoność oraz związane z nimi zindywidualizowanie obrazu zdrowia nie wynika bynajmniej z sugestii zawartych w zastosowanych narzędziach. Także wyniki uzyskane przez C.Herzlich pokazują, że potoczne myślenie o zdrowiu jest znacznie bogatsze, niż mogłyby na to wskazywać kategorie braku chorób i dobrego samopoczucia.

Warto w tym miejscu odwołać się do cytowanych ustaleń C.Herzlich, gdzie autorka porównuje ze sobą wyróżnione trzy typy potocznych obrazów zdrowia (tab.9). Przedstawione konstrukty nazywa "reprezentacjami

zdrowia". Mówią one nie tylko o kryteriach omawianego pojęcia, ale wskazują również na szersze cechy świadomości, związane z danymi treściami.

Tabela 9

Potoczne reprezentacje zdrowia. Charakterystyka typów myślenia i ich wzajemnych relacji

Zawartość	Zdrowie w próżni bycie zdrowym (being)	Rezerwy zdrowia posiadanie zdrowia (having)	Równowaga dążenie do zdrowia (doing)
	brak pozytywnej zawartości	siła, moc, krzepa; odporność, zdolność przeciwstawienia się się zagrożeniom	fizyczny dobrostan dobry humor, aktywność dobre relacje z innymi
Relacje do osoby	fakt bezosobowy, jest lub go nie ma	osobowa charakterystyka, mierzalne, zmienne i ciągłe, wtórnie uświadamianie	osobowa norma, jest lub go nie ma, bezpośrednio uświadamiane
Relacja do innych form	-	bazuje na równowadze	bazuje na rezerwach zdrowia
Relacja do choroby	niszczone przez chorobę	przeciwstawione chorobie	przyswajające chorobę

Źródło: Herzlich 1973, s. 63

Spróbujmy jeszcze raz przyjrzeć się trzem wyróżnionym reprezentacjom poznawczym, charakteryzując je z szerszej perspektywy. Ten typ myślenia o zdrowiu, który nazwany został w próżni, charakterystyczny jest dla powierzchownych form świadomości zdrowotnej. Na ową powierzchowność składają się trzy cechy. Pierwsza polega na tym, że zdrowie staje się przedmiotem uwagi jedynie okazjonalnie, zwłaszcza wtedy, gdy w jakiś sposób wyraźnie zostanie zanegowane, np. w wyniku pojawienia się choroby, dolegliwości, silnego dyskomfortu. W innych sytuacjach nie zwraca ono na siebie uwagi. Druga cecha to pusty zakres pojęcia zdrowia, brak w nim pozytywnych treści. Nawet gdy zwróci ono na siebie uwagę, nie może stać się przedmiotem głębszych przemyśleń czy odczuć. Jest bowiem tylko brakiem czegoś i niczym ponadto. Trzecia cecha to bardzo słabe zindywidualizowanie treści wpisywanych w omawiane pojęcie, brak zrelatywizowania jego sensu do konkretnej osoby. Jest ono takie samo dla każdego człowieka, co czyni zrozumiałą odnotowaną tendencję do określania go przy pomocy utartych, obiegowych sformułowań, ukazanych przez zastosowanie pytań otwartych.

Pytania otwarte ujawniały w potocznym myśleniu także niewielką (u ok. 10% badanych) obecność tych treści, które C. Herzlich włączyła do rezerw zdrowia. Myślenie w kategoriach rezerw wiąże się przede wszystkim z taką charakterystyką świadomości zdrowotnej, gdzie, w porównaniu do poprzednio omówionego typu refleksji, traci ona swoją wyraźnie zaznaczoną okazjonalność. Ponadto wyeksponowana zostaje jej pozytywna zawartość i cechy osobowe. Wynika to z faktu, że zdrowie, które raz może być lepsze a raz gorsze, pojmowane tu jest jako stały atrybut człowieka, podlegający jego indywidualnej ocenie. To stałe posiadanie zdrowia umożliwia, aczkolwiek nie wymusza, względnie stałą jego obserwację - nie tylko w sytuacji zauważenia jego braku, jak przy myśleniu o nim w próżni. Potencjalna cecha ciągłości świadomości zdrowotnej umacniana i stymulowana jest dodatkowo przez zawarcie w pojęciu zdrowia szeregu pozytywnych treści, czyniących z niego kapitał danej osoby. Kapitał ten może być przedmiotem różnych zabiegów, mających na celu nie tylko jego ochronę przed utratą, ale także umacnianie, pomnażanie czy rozwój. Skłaniać może do budowania strategii działania na rzecz zdrowia. Jest on, co należy uwypuklić, indywidualną empiryczną własnością konkretnego

człowieka. W związku z tym myślenie o zdrowiu bazuje na autoobserwacji i nabiera cech personalnych, których nie są w stanie adekwatnie wyrazić obiegowe sformułowania odwołujące się do chorób, dolegliwości czy samopoczucia.

Ta ostatnia kategoria - dobre samopoczucie - powszechnie przywoływana przez respondentów jako kryterium zdrowia, wskazywać może na obecność w ich świadomości takich treści, które odpowiadają reprezentacji nazwanej równowagą. Myślenie w kategoriach równowagi polega na przyjęciu przez daną osobę określonej dla siebie normy, której osiągnięcie nazywane jest zdrowiem. Szczegółowe treści zawierane w niej posiadają z reguły silnie zindywidualizowany charakter, odzwierciedlają podstawowe, kojarzone ze zdrowiem pragnienia danej osoby. Z tego względu brak zdrowia, a więc brak spełnienia określonej normy, posiadać może charakter motywujący w kierunku jej osiągnięcia. Zdrowie pojęte jako równowaga łączy się z reguły z myśleniem o nim w kategoriach rezerw, i odwrotnie.

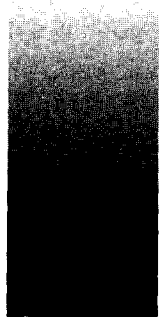
Zebrane ustalenia dotyczące świadomości społeczeństwa polskiego nie pozwalają na rozstrzygnięcie, na ile związane z autooceną wypowiedzi badanych, stwierdzające dobre lub złe samopoczucie, odpowiadają myśleniu o zdrowiu jako o równowadze, na ile natomiast są wyrazem stereotypowych skojarzeń łączących oba te pojęcia. Podobnie trudno ustalić, na ile wskazania na brak chorób i dolegliwości odpowiadają pojmowaniu zdrowia w próżni, na ile zaś odzwierciedlają jedynie werbalną powierzchowność, za którą kryją się głębsze skojarzenia, trudne do zwerbalizowania w sytuacji socjologicznego sondażu. Brak ujawnienia jakichś treści w upraszczających rzeczywistość procedurach badawczych, do jakich należą techniki surveyowe, nie musi oznaczać braku tych treści w naturalnych sytuacjach myślenia o zdrowiu.

Można przypuszczać, że dane o świadomości pracowników przemysłu, ukazujące dwa odmienne obrazy kryteriów zdrowia, uwikłane są w jakimś stopniu w znany paradoks teorii nieoznaczoności Heisenberga. Im precyzyjniej usiłujemy poznać te kryteria, tym bardziej uzyskiwany ich obraz uzależniony jest od zastosowanych narzędzi badawczych i silniej zostaje zniekształcony przez te narzędzia (tu: wykorzystane pytania skategoryzowane). Decydując się na małe zniekształcenia (tu: stosując w kwestionariuszu pytania otwarte) otrzymujemy natomiast niedokładne i powierzchowne wyniki.

Analizy młodzieżowego myślenia o zdrowiu, które ujawniły różnice pomiędzy treściami zawartymi w wiedzy aktualizowanej w sytuacjach codziennych - by odwołać się do określeń St.Ossowskiego - i w sytuacjach uroczystych (do których należy m.in. autorefleksja stymulowana procesem badawczym) skłaniają jednak do wniosku, że owe różnice są także immanentną cechą świadomości potocznej w ogóle, a nie tylko efektem jej badania.

Na rozróżnienie wiedzy codziennej i uroczystej, związane ze wskazanymi różnicami w myśleniu o własnym zdrowiu i ujętym abstrakcyjnie, spojrzeć można także - ponownie odwołując się do St.Ossowskiego - jako na różnice pomiędzy kryteriami "dominującymi" i "recesyjnymi". Jest prawdopodobne, że spośród kilku kryteriów zdrowia, jakie obecne mogą być w świadomości danego człowieka, pytania otwarte wydobyły te, które w myśleniu życia codziennego znajdują się w stanie dominacji, pytania skategoryzowane wskazały zaś te, które znajdują się raczej na dalszym planie, w stanie recesji.

Hipotetyczny charakter i wielość przytaczanych interpretacji ustaleń empirycznych sugeruje, aby nie przywiązywać zbyt dużego znaczenia do poszczególnych częściowych wyników, lecz raczej zwrócić uwagę na wskazywane ogólne tendencje - dotyczące tak najbardziej popularnych treści łączonych z obszarem kryteriów zdrowia, jak i odnoszące się do możliwych sposobów ich ujawniania się w potocznej świadomości. Szczególnym mankamentem prezentowanego materiału wydaje się przy tym brak możliwości jego zinterpretowania w kategoriach zaproponowanych przez C.Herzlich. One pozwoliły by mogły na wyjście poza ateoretyczny opis omawianych obszarów wiedzy w kierunku poszukiwania relacji pomiędzy myśleniem o zdrowiu a działaniem.



CZĘŚĆ V

UWARUNKOWANIA STANU ZDROWIA

UWAGI WSTĘPNE

Potrzeba rozumienia świata, czy inaczej - posiadania przez człowieka satysfakcjonujących go wyjaśnień istotnych dla niego zjawisk, dotyczy niewątpliwie również zdrowia. Stąd m.in. w obszarze potocznej świadomości zdrowotnej pojawia się pytanie o przyczyny dobrego i złego zdrowia lub choroby. W niektórych przypadkach przyczyny te utożsamiane są z samą istotą zdrowia (choroby), co można już było zaobserwować we wcześniej przedstawionych analizach, także dotyczących profesjonalnych jego definicji. Na podstawie tych analiz można sądzić, że zdrowie postrzegane jest w kategoriach warunkujących go czynników zwłaszcza wtedy, gdy pojawiają się trudności z wyrażeniem jego abstrakcyjnych cech definicyjnych, oraz wówczas, gdy istnieje silnie ugruntowane przekonanie o sprawczej roli danego czynnika w stosunku do stanu zdrowia.

Wiedza w omawianym zakresie traktowana jest jako podstawowy czynnik racjonalizujący tak laickie, jak profesjonalne działania wobec zdrowia (Siciński:1990), cokolwiek owa racjonalność miałaby oznaczać.

Rozpoznanie treści potocznego myślenia zmierza głównie do udzielenia odpowiedzi na oba lub jeden z dwóch typów pytań. Typ pierwszy grupuje pytania natury ogólnej: od czego (i w jakim stopniu) zależy,

zdaniem badanych osób, stan zdrowia człowieka (ludzi w ogóle, określonej społeczności, wypowiadającej się jednostki itp.). Typ drugi obejmuje różne problemy potocznego odbioru tych zjawisk, które, niezależnie od świadomości badanych, zwracają uwagę badacza w kontekście jego zainteresowań uwarunkowaniami stanu zdrowia.

W dalszej kolejności zasadnicza uwaga zwrócona będzie na pytania zgrupowane w pierwszym z obu wyróżnionych obszarów.

S o c j o m e d y c z n e i s o c j o e k o l o g i c z n e u j ę c i e p r o b l e m u

W empirycznych badaniach omawianego obszaru zagadnień znajduje swoje zastosowanie znaczna część przesłanek charakterystycznych dla badań potocznych kryteriów zdrowia, przy czym odnosi się to zwłaszcza do paradygmatu socjomedycznego. W związku z tym nie wydaje się celowe szczegółowe powtarzanie wcześniej prezentowanych uwag, a tylko uzupełnienie ich o nowe wątki.

Dla socjomedycznego ujęcia uwarunkowań stanu zdrowia charakterystyczne jest zainteresowanie przyczynami konkretnych, wyraźnie oznaczonych chorób, których etiologia bardziej lub mniej precyzyjnie przedstawiona jest w profesjonalnych koncepcjach tych chorób. Przy takim określeniu pola uwagi badania świadomości potocznej polegają głównie na ustaleniu, czy i w jakim stopniu przyswoiła ona ogólnie sformułowane profesjonalne ustalenia etiologiczne dotyczące wybranych schorzeń (np. Stępniewski i wsp.: 1970; Węclawik: 1972; Kot: 1983). Przyswojenie przez świadomość potoczną elementów wiedzy profesjonalnej oznacza tu tyle, co obecność w tej pierwszej określonych treści z tej drugiej, bez zwracania uwagi na psychologiczny status owej obecności.

Scharakteryzowane wyżej ujęcie omawianego przedmiotu ma zastosowanie głównie w badaniach obejmujących różne zbiorowości zaliczane do "normalnego (nowoczesnego)" społeczeństwa. Inaczej jest w przypadku grup traktowanych na zasadzie "odmiennych (tradycyjnych) kultur". Tutaj w miejsce pytania o wiedzę na temat przyczyn konkretnych chorób pojawia się raczej problem postrzegania genezy choroby w ogóle.

Wiąże się to z ujęciem świadomości potocznej nie w kategoriach normatywnie pojętej wiedzy, ale wierzeń czy przekonań.

Różnica w obu podejściach wydaje się wynikać z odmiennych oczekiwań badaczy co do racjonalności myślenia w dwóch typach zbiorowości. W tych nowoczesnych oczekuje się od jednostek takich form świadomości, które odpowiadają profesjonalnym stylom myślenia. Przyjmuje się, że w pewnych określonych aspektach świadomość potoczna (tak gdy idzie o kategorie porządkowania rzeczywistości jak i twierdzenia o niej) powinna być zgodna z poglądami profesjonalnymi, a ewentualna rozbieżność treści obu form wiedzy posiada w zasadzie naturę ilościową, a nie jakościową. W związku z tym za całkowicie uzasadnione uznaje się opisywanie badanej świadomości w kategoriach zaczerpniętych z refleksji profesjonalnej. Wynika z tego np. założenie, że potoczne myślenie o chorobie dokonuje się w kategoriach konkretnych jednostek patologicznych, a nie bardziej zgeneralizowanych jej typów lub choroby w ogóle.

W stosunku do zbiorowości tradycyjnych przyjmuje się natomiast, że wiedza ich członków różni się od świadomości opartej na wiedzy profesjonalnej w sposób jakościowy. Założenie to upoważnia do formułowania bardziej generalnych pytań, mających ukazać m.in. ogólne nastawienia badanych osób wobec przyczyn chorób (np. magiczne lub naturalistyczne - zob. Tylkowa: 1989), a nie tylko stopień przyswojenia elementów myślenia profesjonalnego przez nieprofesjonalistów. Zauważyć jednak należy, że opis wiedzy potocznej podporządkowany tu jest opozycyjnie ujętym kategoriom myślenia racjonalnego (zbieżnego z naukowym) i każdego innego - nazywanego nieracjonalnym.

Te spośród socjomedycznych badań, które bliższe są socjologii niż medycynie, kierują pytanie o przyczyny ogólnie pojętej choroby (a nie konkretnej jednostki patologicznej) także pod adresem świadomości "normalnego" społeczeństwa. Omawiany paradygmat, skoncentrowany w swoim zapleczu teoretycznym na koncepcjach etiologicznych konkretnych chorób, nie daje jednak punktu odniesienia dla porządkowania odpowiedzi na tak sformułowane, a więcej ogólne pytanie. W związku z tym poszczególni badacze zdani są na własną inwencję w tym zakresie, co objawia się dużą różnorodnością proponowanych sposobów uporząd-

kowania przyczyn choroby - tak założonych, jak i identyfikowanych w świadomości społecznej.

Pewien porządek w zbiorze teoretycznie wyróżnianych czynników stanu zdrowia usiłuje wprowadzić paradygmat socjoekologiczny. Zgodnie z przywoływaną już koncepcją pola zdrowotnego, ogół zjawisk wpływających na zdrowie dzieli na cztery podstawowe grupy: biologię człowieka, system opieki medycznej, styl życia i szeroko rozumiane środowisko. Jeżeli podział ten pozwala na wysokim szczeblu abstrakcji zwrócić uwagę na kompletność zbioru rozpatrywanych zjawisk, to nadal pozostawia dużą dowolność gdy idzie o bardziej precyzyjne nazwanie elementów zawartych w każdej z czterech wskazanych grup.

Koncepcja pola zdrowotnego, osadzona w szerszych strukturach paradygmatu socjoekologicznego, posiada ważne konsekwencje dla badań omawianego obszaru świadomości potocznej. Wśród nich wskazać można m.in. uprawomocnienie pytania o postrzeganie czynników sprzyjających dobremu zdrowiu, pojawiającego się obok dociekań dotyczących przyczyn jego złego stanu. Dalej warto odnotować szerokość zakresu zjawisk uwzględnianych w charakterze potencjalnych uwarunkowań zdrowia, oraz akcent na czynniki behawioralne i środowiskowe. Konsekwencją godną podkreślenia jest możliwość takiego spojrzenia na świadomość potoczną, w którym zwraca się uwagę nie tyle na poszczególne, eksponowane w niej czynniki zdrowia, ale na bardziej ogólne przekonania co do podstawowych obszarów zjawisk kształtujących zdrowie (np. Włodarczyk, Boczkowski: 1989). W oparciu o omawianą koncepcję można w myśleniu potocznym wyróżnić np. taką orientację, która stan zdrowia widzi zależnym głównie od czynników natury biologicznej, następnie taką, która uzależnia zdrowie przede wszystkim od właściwego działania instytucji opieki medycznej, dalej - od indywidualnych sposobów postępowania człowieka (jego stylu życia) czy wreszcie od zewnętrznych wobec jednostki elementów środowiska.

Zaznaczyć trzeba, że podejście socjoekologiczne zasadniczo tym różni się od socjomedycznego, uogólnionego ujęcia przyczyn choroby, że zrywa z charakterystyczną dla niego oceną świadomości potocznej z punktu widzenia jej racjonalności - oznaczającej tam zgodność treści poglądów nieprofesjonalnych z profesjonalnymi. Obecnie pojęcie racjon-

ności wiedzy potocznej odnosi się raczej do zgodności określonych jej fragmentów z szerszymi, zawartymi w niej wizjami rzeczywistości i do logicznego wynikania tych fragmentów z owych szerszych struktur potocznego widzenia świata. Założenia badań omawianego obszaru świadomości w obu paradygmatach dotyczą przede wszystkim problemu istotności tych lub innych zjawisk w zbiorze teoretycznie możliwych determinant stanu zdrowia. Przekonania badaczy o szczególnym znaczeniu określonych czynników pełnią tu funkcję wyznaczania obszaru przedmiotowego analizowanej wiedzy potocznej, spychając tym samym poza pole ich uwagi wiedzę o zjawiskach nie traktowanych przez nich w sposób priorytetowy. Innymi słowy, założenia te w dość arbitralny sposób usiłują postawić znak równości pomiędzy hierarchiami ważności zawartymi w myśleniu profesjonalnym i potocznym. Koncentrując się na teoretycznym ustaleniu podstawowych determinant stanu zdrowia i projekcji tych ustaleń w obszar świadomości nieprofesjonalnej, zasadniczo pomijają problemy dotyczące zróżnicowanego psychologicznego statusu elementów owej wiedzy w badanym obszarze myślenia.

CZYNNIKI STANU ZDROWIA W ŚWIADOMOŚCI POTOCZNEJ.

Prezentowane dalej ustalenia dotyczyć będą przede wszystkim wskazania tych czynników, które w świadomości społecznej traktowane są jako odpowiedzialne za dobre lub złe zdrowie (chorobę). Będzie to poszukiwanie odpowiedzi na pytanie: od czego Polacy uzależniają stan swojego zdrowia?, czemu towarzyszyć będą próby pogłębienia niektórych wątków tej odpowiedzi.

W zgromadzonych wynikach badań prowadzonych w różnych zbiorowościach przez różnych autorów dość trudno doszukać się zgodności pomiędzy treściami ujawnianej w nich wiedzy potocznej. Być może wynika to z faktu empirycznie istniejących różnic pomiędzy świadomością badanych zbiorowości, czego jednak na podstawie dostępnych ustaleń nie można ani zdementować, ani potwierdzić. Rozbieżności ustaleń mogą także wiązać się z wykorzystywanymi w omawianych badaniach odmiennymi

procedurami metodologicznymi. Idzie tu zarówno o sam sposób przełożenia pytania badacza na język używany w narzędziach badawczych, jak i o konstrukcję owych narzędzi.

Kierowane pod adresem świadomości potocznej ogólne pytanie o czynniki stanu zdrowia w bardziej uszczegółowionych formach budowane bywa na wiele sposobów, odwołujących się przy tym do różnych znaczeń zdrowia. Przykładowo, raz traktuje się je jako pojęcie abstrakcyjne, innym razem jako atrybut określonego podmiotu, którym jest bądź to wypowiadająca się osoba, bądź szerzej pojęta zbiorowość społeczna; raz zwraca się uwagę na czynniki dobrego stanu zdrowia, innym razem na przyczyny złego lub też określonej choroby itd. Wcześniejsze analizy pokazały, że sposób, w jaki zdrowie zostanie przedstawione badanym osobom istotnie wpływa na treść ich myślenia o nim. Tak przy okazji omawiania wartości zdrowia, jak i jego kryteriów, można było np. zaobserwować, że nabiera ono innego znaczenia gdy pojmowane jest abstrakcyjnie, innego natomiast w różnych skonkretyzowanych sytuacjach. Podobnie nieco inaczej, tzn. w sposób nie do końca symetryczny, myśli się o dobrym zdrowiu i o chorobie.

Różnice w zgromadzonych ustaleniach wynikają także z odmiennej konstrukcji pytań skategoryzowanych stosowanych w poszczególnych badaniach, a ten właśnie typ narzędzi wykorzystywany jest w rozpoznawaniu omawianego obszaru świadomości zdrowotnej prawie na zasadzie wyłączości. Idzie tu o różnice w zakresie i uporządkowaniu zjawisk przedstawianych w kafeteriach pytań, ale również o bardziej techniczne elementy tych pytań (np. zasady wyboru czy oceny wskazanych czynników).

Pomimo trudności uzgodnienia empirycznych wyników badań, chcę podjąć próbę ich syntezy. Wydaje się, że odczytanie owych wyników nie tyle dosłownie, ale jako bardziej ogólnych tendencji w potocznym myśleniu o uwarunkowaniach zdrowia, dających zaobserwować się w różnych kontekstach spojrzenia na zdrowie, pozwoli ukazać te treści, które zdominują omawiany obszar świadomości. Być może pozwoli także zauważyć niektóre zależności prezentowanych treści od kontekstów, których one dotyczą.

W podjętej analizie chcę zwrócić szczególną uwagę na problem podmiotowości jednostki wobec własnego zdrowia. Idzie tu o rozważenie zagadnienia, na ile badane osoby uzależniają zdrowie od własnych

zachowań, na ile same czują się władne, by kształtować jego stan. Problem ten ujmuje się często wyłącznie w kategoriach psychologicznych - pomijających treści przekonań na temat zdrowia, badając tzw. umiejscowienie kontroli działania (zob. Lau: 1988). Tutaj analiza omawianego zagadnienia przeprowadzona zostanie z punktu widzenia treści wiedzy o uwarunkowaniach zdrowia, a nie pomiaru dyspozycji psychicznych, nie powiązanych tematycznie z przedmiotem świadomości zdrowotnej.

Uwarunkowania stanu zdrowia społeczeństwa

Podstawową cechą wspólną obecnie prezentowanych ustaleń jest fakt, że dotyczą one potocznej wiedzy na temat uwarunkowań (często zagrożeń) zdrowia pojętego w sposób abstrakcyjny (zdrowia w ogóle lub jakiegoś zgeneralizowanego podmiotu, np. społeczeństwa). Ściślej mówiąc, analizie poddane zostaną ujawniane w różnych badaniach potoczne oceny wpływu określonych czynników na szeroko rozumiany stan zdrowia. Celem będzie próba uzgodnienia zgromadzonych wyników.

W badaniach reprezentacji pracowników przemysłu z 1988 r. jedno z pytań zawierało prośbę o opinię, które spośród wskazanych respondentom zjawisk uznają oni za przyczyny osłabiające zdrowie ludzi w naszym kraju¹. Na przygotowanej liście znalazło się osiemnaście wybranych czynników, które zgodnie z socjoekologicznymi koncepcjami zdrowia mogą zostać potraktowane jako szczególnie istotne jego determinanty. Czynniki te, sformułowane w kategoriach kolokwialnych, dobrane zostały tak, aby można było wśród nich wydzielić zachowania jednostek oraz cechy szeroko rozumianego środowiska, a w obu tych grupach elementy związane z systemem opieki medycznej. Pytanie skonstruowane było dwustopniowo.

¹ Pytanie w kwestionariuszu wywiadu sformułowane zostało w następujący sposób: "Spotyka się opinię, że zdrowie ludzi w naszym kraju nie jest najlepsze. Interesuje nas, co według P. jest tego przyczyną. Na karcie (karta respondenta) podano różne przyczyny, które mogą osłabiać zdrowie ludzi w Polsce. Proszę powiedzieć czy ...(dany czynnik) jest, czy nie jest jedną z ważnych przyczyn osłabiających zdrowie ludzi w naszym kraju?"

W pierwszej kolejności pytano, czy dany czynnik w ogóle jest jedną z przyczyn osłabiających zdrowie ludzi w naszym kraju, czy nie. W drugiej, jeżeli jest przyczyną, to czy jedną z głównych, czy raczej drugorzędną. Uzyskane wyniki przedstawia tab. 10.

Tabela 10

Czynniki zagrażające zdrowiu ludzi w Polsce w ocenie reprezentacji pracowników przemysłu (w %). N wyraża zróżnicowaną liczbę osób udzielających odpowiedzi przy poszczególnych czynnikach

Czynnik	Jest zagrożeniem		Nie jest zagrożeniem	Trudno powiedzieć	N= 100%
	głównym	drugorzędnym			
Palenie papierosów	50	43	2	5	1457
Nadmierne picie alkoholu	69	27	1	3	1407
Niewłaściwe odżywianie się	68	28	1	3	1398
Brak ruchu, odpoczynek głównie przed tv	35	52	7	6	1382
Nieprzestrzeganie przepisów bhp	29	49	11	11	1375
Przepracowywanie się, brak odpoczynku	50	42	3	5	1379
Unikanie zleconych okresowych badań profilakt.	22	51	17	10	1373

c.d. na str. 130

Lekceważenie objawów choroby i opóźnianie pójścia do lekarza	64	29	3	4	1372
Niestosowanie się w chorobie do zaleceń lekarzy	52	37	4	7	1372
Zbyt mało lekarzy, pielęgniarek, salowych	30	42	13	15	1374
Niskie kwalifikacje lekarzy	29	27	15	29	1370
Brak leków i dobrego sprzętu medycznego	62	29	3	6	1380
Nadmierne zanieczyszczenie środowiska, wody, powietrza	83	16	0	1	1380
Wyczerpująca i ciężka praca, niebezpieczna dla zdrowia	62	32	2	4	1371
Uciążliwości życia codziennego, trudności w załatwianiu podstawowych spraw	39	51	4	6	1374
Niedostatek pieniędzy, zbyt niskie płace	28	48	15	9	1371
Złe stosunki międzyludzkie, brak wzajemnej życzliwości	30	50	9	11	1373
Poczucie niepewności jutra	27	45	12	16	1352

Okazało się, że każde z uwzględnionych zjawisk obarczone jest odpowiedzialnością za pogarszanie stanu zdrowia społeczeństwa przez ponad 70% respondentów, natomiast połowa z tych czynników traktowana jest jako zagrożenie zdrowia nawet przez 90% i więcej. Wyjątek stanowią tu niskie kwalifikacje lekarzy, który to czynnik postrzega w takiej funkcji jedynie 56% badanych.

Uhierarchizowanie rozpatrywanych zagrożeń zdrowia społeczeństwa pod względem odsetka osób wskazujących na poszczególne z nich jako na podstawowe² pozwala dostrzec, że dokładnie połowa tej listy to czynniki, które określa w ten sposób przynajmniej co drugi respondent. I tak głównymi zjawiskami powodującymi, że stan zdrowia Polaków nie jest tak dobry, jak mógłby być, w ocenie reprezentacji pracowników przemysłu okazały się:

1. zanieczyszczenie środowiska przyrodniczego (83%)
2. nadmierne spożycie alkoholu (69%)
3. niewłaściwe odżywianie się (68%)
4. lekceważenie objawów choroby i kontaktu z lekarzem (64%)
5. szkodliwości i uciążliwości pracy zawodowej (62%)
6. brak leków i dobrego sprzętu medycznego (62%)
7. ignorowanie w chorobie zaleceń lekarzy (52%)
8. przeprowadzanie się, brak odpoczynku (50%)
9. palenie tytoniu (50%)

Dopiero na dalszych pozycjach znalazły się kolejno:

10. uciążliwości życia codziennego (39%)
11. brak aktywności ruchowej (35%)
12. złe stosunki międzyludzkie (30%)
13. brak kadr medycznych (30%)
14. nieprzestrzeganie przepisów bhp (29%)
15. niskie kwalifikacje lekarzy (29%)
16. niedostatek pieniędzy (28%)
17. poczucie niepewności jutra (27%)
18. unikanie zaleconych badań profilaktycznych (22%)

² Bardzo zbliżona hierarchia powstaje wówczas, gdy uwzględnia się odsetki osób wskazujących dany czynnik jako przyczynę w ogóle, nie tylko główną.

Warto zauważyć, że w grupie najczęściej eksponowanych czynników 2/3 to antyzdrowotne zachowania osób, których stan zdrowia jest tu rozpatrywany. Tylko 1/3 to elementy środowiska, w którym osoby te funkcjonują. Odnotować także trzeba, że poszczególne czynniki środowiskowe, zwłaszcza posiadające charakter społeczno-ekonomiczny, nie zwróciły większej uwagi badanych jako zagrożenia zdrowia społeczeństwa³.

Jako materiał dla zweryfikowania przedstawionych obserwacji potraktować można ustalenia z dwóch kolejnych badań.

Pierwsze pochodzą z cytowanego już badania L.Piwowskiej-Pościk i wsp. (Wybrane zachowania: 1985), przeprowadzonego wśród załóg dwóch zakładów przemysłu lekkiego, zlokalizowanych w odmiennych środowiskach społecznych: wielkomiejskim i małomiasteczkowym. Do respondentów zwrócono się tam z następującym pytaniem: "Poniżej znajduje się lista czynników, od których według różnych opinii może zależeć zdrowie człowieka. Prosimy zaznaczyć krzyżykami w odpowiednich rubrykach tabeli, czy P. zdaniem wymienione czynniki mają wpływ na stan zdrowia człowieka i jak duży jest ten wpływ". Ocena ta dokonywana była w stosunku do każdego z podanych w pytaniu czynników. Uzyskane wyniki, dotyczące zbiorowości ogólnej⁴, przedstawia tab.11.

Pytanie sformułowane bardzo podobnie do przedstawionego wyżej odnaleźć można w omawianym już badaniu J.Kopiasa i M.Stolarskiej (Ocena postaw: 1988), przeprowadzonym w czterech zbiorowościach terytorialnych. Różniło się ono od poprzedniego tym, że zawierało nieco inne czynniki stanu zdrowia, a ocena ich wpływu miała być dokonywana w kate-

³ Poszukiwanie zróżnicowania częstości wskazań na poszczególne czynniki pomiędzy strukturalnie wyodrębnionymi kategoriami społecznymi nie doprowadziło do interesujących ustaleń. Płeć nie różnicuje w istotnie znaczący sposób omawianych ocen. Gdy idzie o zmienną wiek to w zakresie najczęściej eksponowanych czynników różnice w częstości wskazań wahają się w granicach kilku pkt. procentowych pomiędzy skrajnymi grupami. I choć kilka zależności jest statystycznie istotnych, to ich nikła siła nie pozwala na jakiegokolwiek interpretację. Nieco lepsza sytuacja dotyczy zmiennej wykształcenia. Z dużą ostrożnością można jedynie sądzić, że wyższe wykształcenie sprzyja wskazaniom na brak aktywności ruchowej jako czynnik osłabiający zdrowie ($p < 0,05$; $C = 0,10$), natomiast nie sprzyja wskazaniom na szkodliwy wpływ pracy zawodowej ($p < 0,001$; $C = 0,14$) oraz ignorowanie w chorobie zaleceń lekarzy ($p < 0,01$; $C = 0,12$).

goriach: "duży", "niewielki" i "trudno powiedzieć". Wyniki uzyskane w poszczególnych zbiorowościach przedstawia tab.12.

Dane zamieszczone w tab. 12 pokazują, podobnie jak ustalenia L.Piwowskiej-Pościk, że brak jest zasadniczych różnic pomiędzy świadomością poszczególnych zbiorowości społecznych. Oceny dokonywane przez mieszkańców miast B,C i D, odróżniają się jedynie w granicach kilku procent. Od tego obrazu odbiega natomiast świadomość zbiorowości A, którą stanowią mieszkańcy kilku wsi jednej ze śląskich gmin. Fakt ten autorzy badań tłumaczą wyraźnie większym odsetkiem braku danych w zbiorowości wiejskiej w porównaniu z materiałami uzyskanymi w miastach, czego nie pokazuje tabela. Biorąc poprawkę na ów fakt należy jednak wskazać, że zbiorowość wiejska nieco rzadziej niż mieszkańcy miast wskazuje rolę takich czynników, jak sposób spędzania czasu wolnego, warunki materialno-mieszkaniowe i wykonywana praca zawodowa.

Tabela 11

Czynniki stanu zdrowia w ocenie załóg dwóch zakładów przemysłowych (w %). Badana zbiorowość liczyła ogółem 1126 osób, co stanowi 100% przy ocenie wpływu każdego czynnika

Czynnik	Ocena wpływu				Trudno ocenić	Brak danych
	duży	średni	mały	brak		
Odziedziczone cechy organizmu	31	19	11	5	20	14
Stopień zanieczyszczenia środowiska w miejscu zamieszkania	68	12	4	3	2	11
Warunki mieszkaniowe	60	14	4	3	1	18
Jakość opieki medycznej jej organizacja i funkcjonowanie	59	15	6	2	4	14

Sytuacja materialna rodziny	51	21	8	4	4	12
Wykonywana praca zawodowa	57	21	5	1	4	12
Stosunki ze współpracownikami	42	23	12	6	5	12
Sposób odżywiania	73	12	3	2	1	9
Higiena osobista	73	12	2	2	0	11
Sposoby spędzania urlopów	40	26	11	5	5	13
Sposób spędzania czasu wolnego	39	25	12	5	5	14
Picie alkoholu	60	9	3	8	6	14
Palenie tytoniu	60	11	3	7	5	14
Wykonywanie medycznych badań profilaktycznych	47	19	9	6	6	13

Na podst. danych z raportu (Wybrane zachowania: 1985)

⁴ Postępowanie się danymi odnoszącymi się do obu zbiorowości łącznie wynika z tego, że respondenci z obu zakładów zasadniczo nie różnili się w swoich ocenach wpływu poszczególnych czynników. Różnice te mieściły się w granicach kilku procent. Wyjątkiem są tu wskazania na duży wpływ takich czynników jak stopień zanieczyszczenia środowiska oraz sposoby spędzania urlopów i czasu wolnego, gdzie zbiorowość wielkowiejska posiadała przewagę w granicach 13-15%.

Tabela 12

Czynniki posiadające duży wpływ na stan zdrowia w ocenie mieszkańców czterech zbiorowości terytorialnych (w %)

Czynnik	Zbiorowość			
	A	B	C	D
Wrodzona odporność na choroby	51	65	64	65
Sposób spędzania czasu wolnego i urlopów	36	61	62	62
Stopień zanieczyszczenia środowiska w miejscu zamieszkania	89	93	95	86
Warunki mieszkaniowe i sytuacja materialna	39	56	55	61
Jakość opieki medycznej	54	64	65	62
Rodzaj i warunki wykonywanej pracy	65	85	83	81
Stosunki z przełożonymi, kolegami, sąsiadami	21	25	25	30
Sytuacja rodzinna, istnienie kłopotów i problemów rodzinnych	49	57	56	63
Sposób odżywiania	71	85	82	91
Higiena osobista	74	85	83	77
Uzależnienie od nałogów /picie alkoholu, palenie tytoniu/	63	77	78	83
N = 100%	140	457	416	337

Na podst. danych z raportu (Ocena postaw: 1988).

Zestawienie ustaleń z trzech prezentowanych dotąd badań skłania do wniosku, że znaczne odsetki osób wśród czynników stanu zdrowia szczególnie duże znaczenie skłonne są przypisywać niektórym zachowaniom zdrowotnym. Zachowania te to głównie: sposób odżywiania, spożycie alkoholu, palenie tytoniu⁵ oraz, co pokazały dwa ostatnie badania - higiena osobista. Brak natomiast możliwości szerszego zweryfikowania ustaleń na temat roli, jaką reprezentacja pracowników przemysłu przypisała zachowaniom w chorobie. Stosunkowo mało osób zwraca uwagę na tzw. zachowania czasu wolnego, co dotyczy także aktywności ruchowej. Tu jednak okazuje się, że choć brak tej aktywności jako jedną z głównych przyczyn gorszego zdrowia Polaków wskazuje tylko 35% pracowników przemysłu, to 90% tej samej zbiorowości - zapytanej w innym miejscu kwestionariusza osobno o rolę tego czynnika - wybiera stwierdzenie, że ćwiczenia fizyczne dobrze służą zdrowiu wszystkich ludzi, a dodatkowe 5% - że dobrze służą zdrowiu, ale głównie ludzi młodych (Gniazdowski: 1990b, s. 188).

Dane zawarte w tab. 10-12 pokazują, że do szczególnie rozpowszechnionych przekonań zaliczają się również te, które wśród uwarunkowań zdrowia eksponują duże znaczenie stopnia zanieczyszczenia środowiska przyrodniczego oraz wykonywanej pracy zawodowej⁶.

Trudno z kolei jednoznacznie ocenić rolę, jaką w poglądach badanych zbiorowości odgrywają czynniki dotyczące zapewnienia świadczeń medycznych oraz zjawiska o charakterze społeczno-ekonomicznym, takie jak np. sytuacja materialna, mieszkaniowa, stosunki międzyludzkie itp. Dla bliższego przyjrzenia się ocenom tych uwarunkowań zaprezentowane zostaną wyniki dwóch kolejnych badań.

Pierwsze to ustalenia P. Krasuckiego i współautorów (1991). W sondażu⁷ przeprowadzonym wśród robotników⁸ dwóch warszawskich zakła-

⁵ Deklaracje na temat dużej roli tych czynników uznać można, na podstawie również innych badań (np. Zatoński i wsp.: 1988; Hollender: 1985; Tobera: 1984), za wysoce rozpowszechnione w polskim społeczeństwie.

⁶ Szczegółowe omówienie zagadnienia postrzegania wpływu pracy zawodowej na stan zdrowia przez pracowników przemysłu odnaleźć można w opracowaniach E. Korzeniowskiej (1990, 1997) oraz L. Piwowskiej-Pościk (1990). Syntezę wyników dotyczących badań na temat świadomości ekologicznej społeczeństwa polskiego prezentuje z kolei P. Gliński (1988).

dów pracy do tych respondentów, którzy uważają, że ostatnio daje się zauważyć wśród ludzi w naszym kraju gorsze niż dawniej samopoczucie i stan zdrowia (ok. 3/4 ogółu badanych), skierowano pytanie o to, co powoduje ów fakt. Osobom tym przedstawiono listę 9. potencjalnych czynników, z prośbą, aby wskazały spośród nich przynajmniej trzy.

Najwięcej, bo ok. 60-70% badanych (nieco różnie w różnych kategoriach płci i wieku) wskazuje na zmęczenie uciążliwościami dnia codziennego jako na czynnik odpowiedzialny za pogarszanie się zdrowia ludzi w naszym kraju. Kolejno pojawiają się: wzajemna nieżyczliwość ludzi oraz napięcia życia społecznego i politycznego w naszym kraju, które wskazane są przez ok. 50-60% respondentów. Dalej: brak czasu na odpoczynek (ok. 40-50%), niedożywienie oraz napięcia w pracy (po ok. 30-40%). Trzy ostatnie czynniki to: brak leków (ok. 20-30%) oraz (po ok. 10-20%) pogarszanie się opieki zdrowotnej, a także pogarszanie się warunków higieniczno-sanitarnych (por. Krasucki i wsp.: 1991, s. 17, 89).

Ustalenia P. Krasuckiego pozwalają dostrzec relację pomiędzy ocenami wpływu czynników związanych z opieką medyczną oraz składających się na środowisko społeczne. Jeżeli poszczególne zjawiska z tej pierwszej grupy postrzegane są jako przyczyny pogarszania stanu zdrowia społeczeństwa przez mniej niż 1/4 badanych, to zdecydowana większość elementów tej drugiej wskazywana jest przez ponad połowę, a nawet 2/3 respondentów. To wyeksponowanie roli czynników natury społecznej, a zwłaszcza psychospołecznej (wzajemna nieżyczliwość, napięcia w życiu społeczno-politycznym), wydaje się stać w sprzeczności z wcześniej prezentowanymi ustaleniami - zwłaszcza tymi, które odnoszą się do reprezentacji pracowników przemysłu⁹.

Do odmiennych wniosków niż badania P. Krasuckiego skłaniają także dane zgromadzone przez C. Włodarczyka i A. Boczkowskiego (1989), pochodzące z przywoływanego już badania mieszkańców 7.tysięcznego

⁷ Badanie zrealizowane zostało w 1983 r. przy wykorzystaniu techniki wywiadu kwestionariuszowego. Wyniki opracowane były w oparciu o wypowiedzi 997 respondentów.

⁸ Należy tu zaznaczyć, że w materiałach uzyskanych w badaniach reprezentacji pracowników przemysłu w omawianym tu zakresie przedmiotowym nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy ocenami dokonywanymi przez robotników i osoby zatrudnione na innych stanowiskach.

miasta Polski centralnej. Zastosowane tam narzędzie skonstruowane było podobnie do tego, jakim posłużono się w wywiadach z reprezentacją pracowników przemysłu. Różnica polegała na tym, że w pytaniu obu autorów podmiot zdrowia ujęty był wężziej - nie Polacy w ogóle, ale mieszkańcy tego miasteczka, w którym realizowane było badanie - oraz w nieco innych kategoriach wyrażone zostały ewentualne przyczyny osłabiające stan zdrowia tej zbiorowości.

Wyniki uzyskane w omawianych badaniach przedstawia tab. 13. Są one cenne m.in. z tego względu, że odwołują się do bardzo szerokiego zakresu uwarunkowań zdrowia, pogrupowanych w kategorii behawioralne, medyczne i środowiskowe.

Tabela 13

Czynniki zagrażające zdrowiu mieszkańców miasta P. w ich ocenie (w %). Badana zbiorowość liczyła 450 osób

Czynnik	Jest jedną z:	
	przyczyn głównych	przyczyn w ogóle
I. Zachowania i styl życia jednostki		
Brak nawyków higieny osobistej	20	66
Palenie papierosów	35	88
Nadmierne picie alkoholu	52	91
Niewłaściwe odżywianie się	39	83
Spędzanie czasu wolnego głównie przed telewizorem	10	55

c.d. na str. 139

⁹ Wyniki PKrasuckiego, ze względów metodologicznych, trudne są do porównania z wynikami wcześniej prezentowanych badań. Respondenci zostali tu zobligowani - jeśli zamierzali postąpić zgodnie z instrukcją pytania - aby zmiany w stanie zdrowia przypisali przynajmniej niektórym spośród tych właśnie czynników, które zawarte zostały w kafeterii pytania. Nie pytano tutaj - czy dany czynnik kształtuje zdrowie? ale - które z nich to robią? Zakres zaprezentowanych uwarunkowań zdrowia został przy tym sformułowany dość wąsko (brak w nim np. zachowań zdrowotnych) i nie pozostawiono możliwości jego uzupełnienia przez respondenta.

II. Działania służby zdrowia		
Za mało personelu służby zdrowia	33	71
Za mało łóżek szpitalnych	39	75
Złe wyposażenie techniczne służby zdrowia (za mało dobrej aparatury)	49	82
Za małą produkcja i niewłaściwa dystrybucja leków	56	89
Niska jakość pracy personelu służby zdrowia	23	58
III. Środowisko materialne		
Niewłaściwe stosowanie środków chemicznych przy produkcji żywności	35	68
Niska jakość wody pitnej	13	31
Nadmierne zanieczyszczenie powietrza	24	58
Złe warunki mieszkaniowe	24	66
Złe warunki pracy (praca niebezpieczna, szkodliwa dla zdrowia)	22	55
IV. Środowisko społeczne		
Za mało pieniędzy, braki w zaopatrzeniu, trudności w zaspokajaniu podstawowych potrzeb	36	78
Brak wzajemnej życzliwości w życiu codziennym	16	56
Niewłaściwe traktowanie w urzędach i instytucjach	13	52
Złe stosunki w pracy	15	52
Poczucie braku wpływu przeciętnych ludzi na to, co ich otacza	13	52

Na podst. C. Włodarczyk, A. Boczkowski (1989, s. 45)

Ustalenia z badań C. Włodarczyka i A. Boczkowskiego nie potwierdzają wyników uzyskanych przez P. Krasuckiego i współautorów. Gdy idzie o wskazanie ogólnych tendencji zbieżne są natomiast one z pozostałymi, dotąd prezentowanymi ustaleniami. Spróbujmy zatem podsumować posiadane wyniki empiryczne.

Jako dość dobrze potwierdzone uznać można duże rozpowszechnienie w świadomości różnych grup społecznych takich przekonań, które wśród uwarunkowań stanu zdrowia abstrakcyjnie pojętego podmiotu silnie eksponują znaczenie czterech czynników behawioralnych: sposobu odżywiania się, nadmiernego spożycia alkoholu, palenia tytoniu oraz tzw. higieny osobistej. Słabe wyeksponowanie tej ostatniej w ustaleniach C. Włodarczyka i A. Boczkowskiego tłumaczyć można znacznie większym niż w innych badaniach powiązaniem wskazanego w pytaniu podmiotu zdrowia z osobą respondenta¹⁰. Wskazania na ów czynnik byłyby tu de facto przyznaniem się badanych do braku nawyków higieny osobistej.

Ostatnie z zaprezentowanych badań skłaniać może ku tezie o niedocenieniu sposobu spędzania czasu wolnego w roli czynnika zdrowia. Wydaje się jednak, że brak jeszcze wystarczających danych na rzecz przyjęcia tej tezy. Jest dość prawdopodobne, że sformułowania wykorzystywane w kafeteriach pytań słabo oddawały istotę omawianego czynnika. Badania L. Piwowarskiej-Pościk i J. Kopiaś operowały określeniami, które dla respondentów mogły okazać się nazbyt abstrakcyjne. Z kolei "spędzanie czasu wolnego głównie przed telewizorem", jak omawiany czynnik opisany został w innych badaniach, mogło zostać odrzucone spośród głównych uwarunkowań zdrowia społeczeństwa na tej zasadzie, że respondenci nie uznali tego zjawiska za rozpowszechnione. Jak ustalił A. Gniazdowski (1990b, s. 192-194), jedynie ok. 20% reprezentacji pracowników przemysłu wskazuje słuchanie radia i oglądanie telewizji jako jedną spośród form wykorzystania własnego czasu wolnego.

Gdy idzie o inną grupę uwarunkowań zdrowia społeczeństwa - działalność opieki medycznej - to potoczne oceny jej roli wydają się nieco bardziej złożone. Dane zgromadzone przez L. Piwowarską-Pościk i J. Ko-

¹⁰ Problem ten podjęty zostanie w dalszych fragmentach pracy.

piasa pokazują, że ogólnie pojęta opieka medyczna - jako jednorodna kategoria - nie należy do najczęściej eksponowanych uwarunkowań zdrowia, choć jej rola w tym względzie wskazywana jest przez znaczne odsetki osób. Z kolei C.Włodarczyk i A.Boczkowski zwracają uwagę na fakt, że ogólna kategoria opieki medycznej to syndrom wielu stanów rzeczy, różniących się stopniem popularności wśród wskazywanych czynników zdrowia. Do najczęściej eksponowanych, na równi z omówionymi wcześniej zachowaniami zdrowotnymi, w świetle ustaleń przywołanych autorów należą: brak leków i braki w wyposażeniu technicznym służby zdrowia. Natomiast personel medyczny - jego brak i niska jakość pracy - nie zdobywa dużej popularności w myśleniu o zagrożeniach zdrowia społeczeństwa. Wynik taki odpowiada danym pochodzących od reprezentacji pracowników przemysłu. Tę relatywnie małą ilość wskazań na oba potencjalne zagrożenia tłumaczyć można wynikami licznych badań opinii o funkcjonowaniu służby zdrowia, zwłaszcza przemysłowej (np. Indulski, Góralczyk-Modzelewska: 1984; Kopias: 1988; Piwowarska-Pościk: 1991). Pokazują one, że praca personelu medycznego postrzegana jest w kategoriach pozytywnych i w związku z tym może być traktowana przez znaczne grupy osób jako czynnik wspomagający zdrowie społeczeństwa. W tym kontekście ustalenia P.Krasuckiego interpretować można w taki sposób, że respondenci nie zgodzili się z opinią, jakoby następowało pogarszanie się opieki medycznej i z tego względu pomijali ów czynnik pośród eksponowanych zagrożeń zdrowia. Na podobnej zasadzie reprezentacja pracowników przemysłu mogła nie obarczać odpowiedzialnością za zły stan zdrowia niskich kwalifikacji lekarzy¹¹.

W grupie czynników behawioralnych, jakie uwzględnione zostały w badaniu reprezentacji pracowników przemysłu¹², znalazły się trzy tzw. zachowania medyczne - ukazujące sposób postępowania jednostki w relacji do instytucji opieki medycznej. Dwa z nich: lekceważenie objawów choroby i opróżnianie pójścia do lekarza oraz nieprzestrzeganie w chorobie zaleceń lekarzy - znalazły się wśród kilku czynników najpowszechniej wskazywanych jako podstawowe zagrożenia zdrowia społeczeństwa, co stało się jakgdyby na zasadzie połączenia obu eksponowanych w świadomości potocznej grup uwarunkowań zdrowia: behawioralnej i medycznej. Trzeci z nich -

unikanie zaleconych badań profilaktycznych - nie uzyskał znaczącej ilości wskazań prawdopodobnie z tego względu, że badaniom tym podlega zdecydowana większość pracujących (zob. Piwowarska-Pościk: 1991).

Ustalenia C.Włodarczyka i A.Boczkowskiego nie potwierdziły powszechnej akceptacji przekonania o szkodliwym wpływie na zdrowie wykonywanej pracy zawodowej oraz degradacji środowiska przyrodniczego, co sugerowały inne badania. Być może tę niezgodność wyników tłumaczyć można w przywołany już sposób, wskazując, że odnoszą się one do konkretnej grupy osób - w małym stopniu narażonej na negatywne oddziaływanie wskazanych czynników (zamieszkującej środowisko pozbawione wyraźnych zagrożeń i o małym udziale zatrudnionych w przemyśle, co wydaje się wiązać ze wskazaniami na szkodliwość pracy).

Gdy idzie o potocznie postrzegany wpływ czynników natury społecznej, to ostatnio przedstawione badania nie wniosły wiele nowego w stosunku do wcześniejszych ustaleń. Jednakże na ich podstawie można pokusić się o hipotezę, że jakkolwiek poszczególne, analitycznie wydzielone elementy środowiska społecznego nie cieszą się dużą popularnością jako uwarunkowania zdrowia, to skumulowanie kilku takich elementów w ramach jednego syndromu (jakim w badaniach tych stała się kategoria "za mało pieniędzy, braki w zaopatrzeniu, trudności w zaspokojeniu podstawowych potrzeb") okazuje się, w przekonaniach relatywnie dużej grupy osób, istotnie kształtować stan zdrowia.

D z i a ł a n i a n a r z e c z z d r o w i a

Jeżeli w poprzednim podrozdziale nacisk położony został przede wszystkim na potocznie postrzegane zagrożenia zdrowia, to teraz uwaga skoncentrowana będzie na sposobach przeciwdziałania tym zagrożeniom.

¹¹ Zaznaczyć trzeba, że znaczny odsetek badanych (ok. 30%) nie potrafił zająć stanowiska w kwestii oceny negatywnego wpływu tego czynnika na zdrowie społeczeństwa. Dokładne określenie potocznie postrzeganego wpływu różnych wymiarów działalności opieki medycznej na różne aspekty stanu zdrowia wymagałoby podjęcia dodatkowych analiz.

¹² Inne badania pomijały te czynniki w kafeteriach pytań.

Idzie przy tym o dwie sfery takiego przeciwdziałania. Pierwsza obejmuje rozwiązania oczekiwane w skali społeczeństwa, które, zdaniem badanych, przyczynią się do poprawy stanu jego zdrowia. Druga to styl życia poszczególnych jednostek, który w dużym stopniu może być kształtowany dzięki indywidualnym decyzjom człowieka co do własnego postępowania. Innymi słowy, jeszcze raz pojawi się zagadnienie zachowań "szarego człowieka", postrzeganych w funkcji podstawowych uwarunkowań zdrowia.

Głównym problemem tego podrozdziału będzie pytanie, na ile wcześniejsze ustalenia, uzyskane dzięki pytaniom skategoryzowanym, odpowiadają oczekiwaniom w zakresie poprawy zdrowia społeczeństwa oraz zaleceniom co do zdrowego życia, jakie ujawniają się w świadomości potocznej bez sugestii zawartych w narzędziach badawczych.

Rozwiązania sprzyjające zdrowiu społeczeństwa

Prezentowany dalej tok wyводу opiera się na założeniu, które wydaje się powszechnie przyjmowanym w interpretacjach ustaleń na temat potocznie postrzeganych zagrożeń zdrowia. Otóż przyjmuje się często, że skoro człowiek uznaje dane zjawisko za poważne zagrożenie dla zdrowia, to niejako w naturalny sposób widzi również potrzebę przeciwdziałania temu zjawisku.

W związku z powyższym założeniem, w kwestionariuszu wywiadu przeprowadzonego w reprezentacji pracowników przemysłu, po omówionym już pytaniu skategoryzowanym dotyczącym zagrożeń zdrowia społeczeństwa pojawiło się pytanie otwarte, sformułowane w następujący sposób: "Czy widzi P. jakieś sposoby na poprawę zdrowia ludzi w naszym kraju? Co przede wszystkim powinno się zrobić w tym celu?". Uzyskane wyniki przedstawia tab. 14.

Tabela 14.

Działania postulowane przez reprezentację pracowników przemysłu w celu poprawy sytuacji zdrowotnej w kraju. Podstawę stanowią wypowiedzi 1402 osób, z których każda zgłosić mogła kilka postulatów. W związku z tym podane odsetki nie sumują się.

Treść postulatu	%
Troska o środowisko przyrodnicze (np.: "dbać o środowisko", "chronić przyrodę", "zamknąć trujące zakłady", "budować oczyszczalnie")	43
Poprawa zaopatrzenia w leki i sprzęt medyczny (np.: "produkować więcej leków", "sprowadzić dobry sprzęt medyczny z zagranicy")	25
Poprawa ogólnie rozumianych warunków bytowych (np.: "polepszyć zaopatrzenie", "ułatwić życie codzienne, zlikwidować kolejki", "zapewnić mieszkania")	23
Ogólnie wskazana poprawa funkcjonowania służby zdrowia (np.: "usprawnić opiekę medyczną", "dać dobre szpitale, służbę zdrowia")	20
Intensyfikacja świadczeń medycznych (np.: "zatrudnić więcej lekarzy", "budować nowe ośrodki zdrowia", "stworzyć więcej miejsc w szpitalach")	15
Poprawa warunków pracy (np.: "zminimalizować szkodliwość pracy", "znieść nocne zmiany", "mniej denerwująca praca")	13
Produkcja zdrowej, nie skażonej żywności (np.: zmniejszyć ingerencję chemii w żywność, "produkować żywność tylko na terenach nieskażonych")	12
Stwarzanie możliwości wypoczynku i rekreacji (np.: "zorganizować ludziom wypoczynek", "więcej urządzeń sportowych - basenów, sal gimnastycznych")	12

Podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego (np.: "połowę lekarzy wyrzucić za niewłaściwy stosunek do pacjentów, a resztę przeszkolić")	11
Poprawa zaopatrzenia w żywność (np.: "zapewnić właściwe wyżywienie", "poprawić strukturę żywienia")	11
Poprawa sytuacji materialnej ludności (np.: "podnieść płace", "tak zrobić, aby można było utrzymać rodzinę z ośmiu godzin pracy")	8
Działania z zakresu profilaktyki medycznej (np.: "wprowadzić obowiązkowe badania profilaktyczne", "więcej profilaktyki w pracy lekarzy")	8
Wprowadzenie ograniczeń w spożyciu używek (np.: "zrobić reglamentację alkoholu", "podnieść ceny papierosów", "zmieniać kulturę picia")	7
Stymulowanie indywidualnej aktywności (np.: "zwiększyć świadomość ludzi, by dbali o siebie", "uaktywnić społeczeństwo w zakresie sportu")	7
Eliminowanie stresu i poprawa stosunków międzyludzkich (np.: "zmniejszyć nerwowość", "zrobić coś, aby człowiek nie patrzył na drugiego wilkiem")	7
Zwiększenie troski o wyróżnione grupy społeczne (np.: "dbać o rodziny wielodzietne", "zorganizować możliwości rozwoju fizycznego młodzieży")	4
Brak możliwości poprawy sytuacji zdrowotnej (np.: "w tym kraju nic się nie da zrobić", "jest zbyt dużo problemów, aby cokolwiek naprawić")	2
Inne	8

Dane zamieszczone w powyższej tabeli skłaniają do wniosku, że badana zbiorowość wiąże możliwość poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa głównie z podjęciem działań dotyczących: a) ochrony środowiska przyrodniczego, w tym również troski o zdrową żywność, b) różnego typu udoskonaleń w systemie opieki medycznej, także zaopatrzenia w leki i sprzęt medyczny, c) poprawy szeroko pojętych warunków życia, pracy, sytuacji społeczno-ekonomicznej. Porównanie przedstawionych wyników z ustaleniami dotyczącymi zagrożeń zdrowia społeczeństwa, wskazywanymi wcześniej przez te same osoby (por. tab.10), pozwala zauważyć, że obecnie formułowane postulaty tylko częściowo odpowiadają owym wcześniejszym opcjom. Zgodność obu punktów widzenia objawia się tym, że stan środowiska przyrodniczego, opieki medycznej i szeroko pojętych warunków ekonomiczno-społecznych pojawił się zarówno po stronie powszechnie ekspozowanych zagrożeń zdrowia, jak również jako przedmiot działań najczęściej postulowanych dla poprawy sytuacji zdrowotnej kraju. Główna rozbieżność dotyczy natomiast faktu, że licznym wskazaniom na niekorzystne zachowania zdrowotne jako na podstawowe zagrożenia zdrowia nie towarzyszą powszechne postulaty przeciwdziałania tym behawioralnym zagrożeniom. Zaledwie 7% badanych mówi wprost o zależności poprawy sytuacji zdrowotnej od uaktywnienia "zwykłych ludzi" w trosce o własne zdrowie. Pozostałe osoby wskazują natomiast rozwiązania, które mogą co prawda sprzyjać prozdrowotnemu stylowi życia, niemniej ich związki z behawiorem zdrowotnym w wypowiedziach respondentów nie zostają wcale, lub są bardzo słabo zaznaczone¹³.

¹³Wydaje się, że jedynie postulaty dotyczące wprowadzenia ograniczeń w spożyciu używek (zgłaszane przez 7% badanych) uznać można za dość ściśle powiązane z zachowaniami stanowiącymi zagrożenie dla zdrowia. Inne z proponowanych rozwiązań, jak np. stwarzanie warunków dla wypoczynku i rekreacji, trudno uznać za takie. Na potwierdzenie tej tezy przytoczyć można, za A. Gniazdowskim (1990b, s. 191), dodatkowe dane pochodzące z tych samych, omawianych tu badań. Otóż respondenci, którzy wyrazili pogląd, że powinni uprawiać dla zdrowia jakieś ćwiczenia fizyczne, jednakże nie uprawiają ich (45% ogółu), zapytani zostali, co jest tego przyczyną. Tylko 13% spośród nich stwierdziło, że nie mają ku temu warunków: dostępu do odpowiednich urządzeń, sal, boisk itp., 47% orzekło, że nie mają na to czasu, a 38%, że brak im silnej woli. Tak więc o braku pożądanych zachowań w małym tylko stopniu decydują warunki środowiskowe, zewnętrzne wobec jednostki (zważywszy, że kategoria braku czasu wydaje się tu posiadać charakter wyraźnie racjonalizujący - w sensie psychologicznym).

W podsumowaniu dotychczasowych ustaleń można przyjąć, że choć świadomość potoczna uznaje niekorzystne zachowania zdrowotne za jedno z podstawowych zagrożeń stanu zdrowia społeczeństwa, to zmiany tych zachowań w prozdrowotnym kierunku nie uznaje za czynnik, który mógłby przyczynić się do znaczącej poprawy sytuacji zdrowotnej.

Przedstawione wyniki wydają się sugerować, że przytoczone na wstępie założenie, jakoby postrzeganie określonych zagrożeń zdrowia generowało przekonania o potrzebie przeciwdziałania tym zagrożeniom, w odniesieniu do myślenia potocznego pozbawione jest trafności. Rodzi się tu jednak problem natury metodologicznej - czy ujawnione różnice w obu omówionych opcjach (zagrożenia zdrowia - przeciwdziałanie im) nie wynikają z zastosowania odmiennych narzędzi badawczych do rozpoznania każdej z nich? Czy umieszczenie niekorzystnych zachowań zdrowotnych w kafeterii pytania skategoryzowanego nie skłaniało nazbyt silnie do wskazywania ich negatywnej funkcji w stosunku do zdrowia, podczas gdy pytanie otwarte, dotyczące przeciwdziałania zagrożeniom, pozbawione było podobnych sugestii?

Prowadzona dalej analiza zmierza w kierunku częściowego choćby rozstrzygnięcia przedstawionego problemu.

Model prozdrowotnego stylu życia

W badaniu reprezentacji pracowników przemysłu znalazło się otwarte pytanie, w którym zawarta została sugestia, że zachowania człowieka w dużej mierze sprzyjać mogą jego zdrowiu (Jak, P. zdaniem, należy przede wszystkim postępować, by zdrowo żyć?). Każdy z odpowiadających formułować mógł dowolną ilość wskazań, najlepiej oddających jego poglądy. Najczęściej zgłaszane zalecenia¹⁴, ujęte w kategorii zbiorcze, przedstawia tab. 15¹⁵.

¹⁴ Ponad 2% udzielających odpowiedzi na powyższe pytanie przedstawiło pogląd, że jednostka nie ma żadnego wpływu na własne zdrowie (np. "co komu pisane i tak będzie", "nic tu człowiek nie zdziała", "zdrowie jest dane od urodzenia", "wątpię, czy istnieje teraz jakaś możliwość - powietrze zatrute, żywność też, atmosfera społeczna trująca", "warunki życia są bardzo złe - należy najpierw je poprawić a potem pytać o takie rzeczy").

¹⁵ Materiał uzyskany dzięki zastosowaniu tego pytania został wcześniej opublikowany w nieco innym uporządkowaniu niż obecnie (Puchalski: 1990b, s. 317)

Tabela 15

Elementy prozdrowotnego sposobu życia wskazywane przez reprezentację pracowników przemysłu. Kategoryzacji ex post poddano wypowiedzi 1435 osób. Odsetki nie sumują się z uwagi na fakt, że rozbudowane wypowiedzi poszczególnych osób zaliczane były jednocześnie do różnych kategorii.

Treść postępowania	% osób podających określone zalecenia
prawidłowe odżywianie	70
rekreacja	63
radzenie sobie ze stresem	38
ograniczenia w spożyciu używek	25
właściwa "filozofia życia"	23
higiena i profilaktyka	21
odpowiednia praca zawodowa	14
korzystanie z opieki medycznej	4
inne	3

Najbardziej popularne, bo przywoływane przez 70% badanych, okazały się wskazania na prawidłowe odżywianie jako czynnik dobrego zdrowia. 57% mówi przy tym ogólnie o odżywianiu dobrym, zdrowym, racjonalnym, prawidłowym itp. - bez konkretyzowania, na czym to polega, natomiast pozostali określają jakieś szczegółowe zasady, np. "regularne posiłki", "jedzenie zatrute", "więcej mięsa a mniej maki" itp.¹⁶

Drugi z najbardziej popularnych elementów prozdrowotnego sposobu życia, przywoływany przez blisko 2/3 badanych, to szeroko pojęta rekreacja. W ramach tej ogólnej kategorii wskazać można trzy szczegółowe. Pierwsza, eksponowana przez 25% reprezentacji pracowników przemysłu, to sport, ruch, aktywność (np. "codzienna gimnastyka", "aktywna regeneracja organizmu", "żyć na sportowo"). Druga, charakterystyczna dla ok. 15% badanych, to unikanie zmęczenia i wypoczynek o raczej biernym charakterze (np. "ograniczać intensywne prace", "dużo spać", "odpoczywać na wczasach" itp.). Trzecia, właściwa podobnej grupie osób, to tzw. korzystanie ze świeżego powietrza (np. "turystyka, wypoczynek na tle natury", "spacery w parku", itp.). Pozostałe osoby przywołujące rekreację unikają wyraźnych akcentów (np. "sport i wypoczynek", "odpoczywać, ale nie gnuśnieć").

Kolejnym, często eksponowanym (przez blisko 2/5 badanych) aspektem zdrowego życia jest radzenie sobie ze stresem (np. "nie denerwować się", "żyć bez stresów", "dążyć do harmonii" itp.). Choć kategoria ta została potraktowana osobno, to wiąże się ona z szerszą klasą zaleceń, ujętych w tab.15 pod nazwą właściwej filozofii życiowej. Najczęściej wskazywanym (przez niespełna 15% respondentów) elementem tej filozofii jest unormowanie, zorganizowanie, regularność bądź umiarkowanie w życiu¹⁷. Ponad 5% badanych w omawianym kontekście mówi o potrzebie uzyskania satysfakcji życiowej, zadowolenia z życia, szczęścia¹⁸. Nieco mniej popularne są wskazania na konieczność zdobycia podstaw materialnych dla prowadzenia zdrowego życia¹⁹. Około dwudziestu osób mówi tu wreszcie o etyce w postępowaniu²⁰.

¹⁶ Bliższej prezentacji tych szczegółowych zaleceń dokonuje A. Gniazdowski (1990b, s.175). Możliwe to było dzięki skierowaniu do tych samych respondentów szczegółowego otwartego pytania o ów problem ("Można spotkać się z różnymi opiniami na temat prawidłowego odżywiania się. Jak, P. zdaniem, należy odżywiać się, by zachować zdrowie?")

¹⁷ Np. "w życiu zachowywać różne normy", "robić wszystko regularnie", "człowiek powinien żyć tak, aby czuł, że żyje, a jednocześnie nie niszczyć zdrowia", "dobrze się prowadzić", "nie należy żyć nadmiernie", "zawsze zachowywać umiar" itp.

¹⁸ Np. "mieć poczucie sensu tego, co się robi", "pełne szczęście rodzinne i osobiste", "mieć czas dla siebie", "satysfakcjonujące kontakty towarzyskie", "znaleźć zadowolenie z życia" itp.

Zdrowe życie to, zdaniem 25% reprezentacji pracowników przemysłu, m.in. ograniczenia w spożyciu używek bądź abstynencja w tym względzie. 3% mówi tu tylko o paleniu tytoniu, 2% o samym spożyciu alkoholu, pozostali natomiast o obu tych używkach łącznie bądź o jeszcze innych (np. "nie pić i nie palić", "nie przesadzać z używkami", "żadnych używek i narkotyków" itp.).

Dość liczna, grupa wskazań, bo pochodząca od 1/5 badanych, to higiena i profilaktyka (np. "zachowywać higienę", "pamiętać o profilaktyce", "odpowiednio się ubierać" itp.). Zawarte w niej sformułowania nie pozwalają jednak, bez dodatkowych badań, orzekać o szczegółowym pojmowaniu tych kategorii.

14% respondentów przywołuje odpowiednią pracę zawodową jako czynnik dobrego zdrowia. Zawierają się tam przede wszystkim ogólne wskazania na dobrą pracę, pracę nie przemęczającą ("mniej pracować", "nie pracować ponad siły"), spokojną ("mniej nerwów w pracy", "unikąć napięć zawodowych"), dającą zadowolenie ("mieć pracę, którą się lubi", "praca dająca poczucie sensu tego, co się robi"), pracę w dobrych warunkach fizycznych ("bez zapylenia", "praca nie uciążliwa"), dającą odpowiednie zarobki oraz na konieczność przestrzegania przepisów bhp.

Najmniej liczna grupa wskazań spośród wyróżnionych w tab.15 obejmuje korzystanie z opieki medycznej, gdzie włączone zostały także formułowane *explicite* zalecenia, aby przestrzegać wskazówek lekarzy. Dominują tu wskazania na potrzebę kontroli stanu zdrowia (np. "regularne badania profilaktyczne", "okresowe badania lekarskie"), ale także na potrzebę leczenia (np. "gdy jest się chorym to chodzić do lekarza").

W podsumowaniu warto zauważyć, że najczęściej wymienianymi czynnikami zdrowia, przywoływanymi przez 40-70% badanych, okazały się: prawidłowe odżywianie, rekreacja i szeroko pojęte harmonijne, bezstresowe życie²¹. Za znacznie mniej popularne, bo eksponowane przez 1/4 - 1/5 respondentów, uznać należy ograniczenia w spożyciu używek i trudne do bliższego scharakteryzowania zachowania higieniczno-profilaktyczne.

¹⁹ Np. "najpierw muszą być pieniądze", "gdyby wszystko było dostępne, to człowiek byłby zdrowy", "gdy jest bogactwo to łatwiej żyć zdrowo", "żyć na odpowiednim poziomie",

²⁰ Np. "dobrze współżyć z ludźmi", "realizować dobro a przeciwstawiać się złu", "uczciwie pracować", "nie szkodzić innym" itp.

Porównanie powyższych wyników z wcześniejszymi ustaleniami pozwala na sformułowanie nowych spostrzeżeń dotyczących tych zachowań, które w świadomości potocznej eksponowane są jako podstawowe uwarunkowania stanu zdrowia. W świetle nowych danych wyraźnie potwierdzone zostało potocznie postrzegane znaczenie sposobu odżywiania się jako jednego z najważniejszych czynników zdrowia. Natomiast rola innych czynników behawioralnych przedstawia się nieco odmiennie. Zachowania wcześniej eksponowane w świadomości zbiorowej schodzą obecnie na dalszy plan, podczas gdy rzadko wskazywane nabierają obecnie znaczenia.

Spadek znaczenia dotyczy przede wszystkim dwóch typów zachowań, uznanych wcześniej powszechnie za kształtujące stan zdrowia: spożycia używek oraz zachowań w chorobie - wczesnego poszukiwania pomocy medycznej i wypełniania zaleceń lekarzy.

Pytania skategoryzowane pokazywały, że konsumpcja alkoholu i palenie tytoniu uznawane są przez znaczne grupy osób jako jedne z podstawowych uwarunkowań (zagrożeń) zdrowia. Natomiast pytanie otwarte (skierowane do tych samych respondentów) pozwoliło dostrzec, że prozdrowotna potrzeba ograniczenia spożycia tych używek nie jest już szczególnie częstym postulatem. Ów obserwowany na poziomie zbiorowości spadek znaczenia przypisywanego omawianemu czynnikowi ujawnia się nie tylko przy zestawieniu odsetek odpowiedzi uzyskiwanych dzięki odmiennym typom pytań, ale również przy porównaniu proporcji wskazań na różne czynniki zdrowia w poszczególnych pytaniach²². Podczas gdy liczba osób wskazujących zdrowotną funkcję odżywiania pozostaje równie wysoka w odpowiedziach na pytania skategoryzowane i otwarte, to proporcje respondentów wskazujących w poszczególnych pytaniach odżywianie i używki wyraźnie odróżniają się. Jeżeli w wynikach pochodzących

²¹ Wchodzi tu zarówno wyodrębniona kategoria radzenia sobie ze stresem, jak również niektóre wskazania zawarte we właściwej filozofii życiowej oraz odpowiedniej pracy zawodowej.

²² Odpowiedzi na pytania skategoryzowane, dostarczające wyników w postaci wskazań na gotowe, zamieszczone w nich itemy, tworzą z reguły znacznie liczniejsze zbiorę niż porównywalne z nimi odpowiedzi na pytania otwarte, wymagające od respondenta samodzielnego sformułowania treści wypowiedzi.

z pytań skategoryzowanych podobna liczba osób eksponuje tak jeden jak i drugi czynnik (przybliżona proporcja 1:1), to w wynikach uzyskanych za pomocą pytania otwartego omawiana proporcja wynosi 3:1 na korzyść odżywiania, a niekorzyść ograniczeń w spożyciu używek.

Spadek znaczenia wyraźnie widać także w przypadku wspomnianych dwóch zachowań w chorobie. Jeżeli zachowania te wśród najważniejszych zagrożeń zdrowia eksponowane były przez znaczne grupy osób (53% jedno, a 64% drugie), to obecnie jedynie 4% badanych wspomina cokolwiek o potrzebie kontaktów z instytucjami opieki medycznej²³.

Dużą popularność wśród czynników uznanych za sprzyjające zdrowiu uzyskała natomiast szeroko pojęta rekreacja. Fakt ten może zostać interpretowany jako potwierdzenie znaczenia, jakie w myśleniu o zagrożeniach zdrowia uzyskały różne aspekty przepracowania i zmęczenia uciążliwościami życia codziennego.

Także szczególnie popularnym czynnikiem zdrowia okazało się radzenie sobie ze stresem. Nie zostało ono uwzględnione w omawianych wcześniej pytaniach skategoryzowanych, co świadczy chyba o słabym rozpoznaniu przez badaczy kategorii, w jakich świadomość potoczna porządkuje zjawiska odpowiedzialne za stan zdrowia.

W podsumowaniu przedstawionych uwag należy stwierdzić, że odmienne narzędzia badawcze, zastosowane do rozpoznania wiedzy tych samych osób, ukazują nieco różny obraz behawioralnych czynników obarczanych dużą odpowiedzialnością za stan zdrowia abstrakcyjnie pojętego podmiotu (społeczeństwa, ludzi). Innego typu zachowania (wyjątkiem jest tu sposób odżywiania się, którego znaczenie eksponowane jest w każdym kontekście) traktowane są powszechnie jako zagrożenia zdrowia (ustalane przy pomocy pytań skategoryzowanych), innego typu jako zdrowiu sprzyjające (ustalane przy pomocy pytań otwartych). Jeżeli pierwsza grupa zachowań obejmuje głównie spożycie używek i niewłaściwe zachowania medyczne, to druga w stosunkowo małym stopniu zawiera prze-

²³ Wydaje się, że podobne mechanizmy w myśleniu potocznym ujawniają się przy wskazaniach na higienę jako czynnik zdrowia. Tu jednak słabe rozpoznanie znaczeń tej ogólnej kategorii oraz brak danych z dwóch typów pytań zadanych tej samej zbiorowości nie pozwalają na jednoznaczne wnioski.

ciwdziałanie tym pierwszym, natomiast grupuje przede wszystkim różne wymiary rekreacji i radzenia sobie ze stresem.

Nie rozstrzygnięty pozostał jednak problem, na ile wskazane różnice wynikają z zastosowania odmiennych narzędzi badawczych, na ile zaś z odmiennego przedmiotu uwagi. Przedmiotem tym w jednym przypadku są przecież zagrożenia zdrowia, w drugim czynniki sprzyjające zdrowiu. Brak jednakże materiałów pozwalających udzielić odpowiedzi na to pytanie.

Uwarunkowania stanu zdrowia badanych i problem poczucia podmiotowości

Dotychczasowe analizy dotyczyły wiedzy o czynnikach stanu zdrowia pojętego dość abstrakcyjnie (zdrowie społeczeństwa polskiego, mieszkańców miasta, zdrowie w ogóle). Obecnie główna uwaga zostanie zwrócona na zdrowie konkretnych osób - tych, które wypowiadać się będą o uwarunkowaniach **własnego** stanu zdrowia. Odmienność tego przedmiotu od przedmiotu wcześniej analizowanej świadomości chcę tu wyraźnie podkreślić. Podkreślenia wymaga również fakt, że prezentowane dalej ustalenia odnoszą się będą głównie do tych samych osób, które w obu wcześniejszych podrozdziałach stanowiły zasadniczy obiekt uwagi (tzn. reprezentacji pracowników przemysłu). Podstawowym problemem podjętym na dalszych stronach, obok opisu treści wiedzy potocznej, jest zbadanie, czy przedstawione dotąd przekonania na temat uwarunkowań ogólnie pojętego zdrowia zbieżne są z poglądami odniesionymi do własnego zdrowia badanych, i na czym polegają ewentualne ich różnice.

Zagrożenia zdrowia respondentów

Do osób, które w najbliższych latach przewidują zmianę stanu swojego zdrowia - poprawę lub pogorszenie (blisko 60% ogółu badanych spodziewa się tego - w tym 52% pogorszenia) - skierowane zostało otwarte pytanie o przyczyny oczekiwanych zmian. Tabela 16 przedstawia najczęściej wymieniane czynniki, stwarzające, zdaniem respondentów, największe zagrożenie dla ich zdrowia.

Tabela 16.

Czynniki podawane przez respondentów z reprezentacji pracowników przemysłu jako główne przyczyny oczekiwanego przez nich pogorszenia stanu własnego zdrowia. Podstawę stanowią wypowiedzi 775 osób, z których każda wymieniła mogła kilka przyczyn (maksymalnie trzy), w związku z czym odsetki nie sumują się.

Czynnik	%
wiek, starzenie się	39
wykonywana praca zawodowa	37
degradacja środowiska przyrodniczego	20
sytuacja społeczno-gospodarcza w kraju	18
stresy, nerwowe życie	14
choroby	14
trudności w leczeniu, brak leków	8
brak odpowiedniej żywności, zatrucie jej	7
antyzdrowotne zachowania własne	5
inne	6

Z przytoczonych danych wynika, że dla blisko 40% osób spodziewających się szybkiego pogorszenia własnego stanu zdrowia proces ten jawi się jako nieuchronny - spowodowany postępującym upływem lat i starzeniem się organizmu. Wyrażają to takie stwierdzenia respondentów, jak np. "lata robią swoje", "z wiekiem organizm się wyczerpuje", "na starość zostają człowiekowi same choroby" itp.

Podobny odsetek jako przyczynę (lub jedną z przyczyn) omawianego procesu wskazuje wykonywaną pracę zawodową (np. "wyczerpująca, nerwowa praca", "dwadzieścia lat pracuję w chemii" itp.).

Dwa kolejne czynniki, z których każdy przywołuje ok. 1/5 omawianej grupy, to degradacja środowiska przyrodniczego (np. "zanieczyszczenie powietrza, wody", "prerażające zatrucie przyrody") oraz sytuacja społeczno-gospodarcza w kraju (np. "coraz trudniejsze warunki życia", "wciąż coś drożeje"). Jako element obu tych kategorii potraktować można wskazywane przez 7% omawianej grupy osoby braki na rynku żywnościowym i zatrucie żywności (np.: "pełno chemii w jedzeniu", "trudno kupić cokolwiek do jedzenia").

Dwie dalsze kategorie to choroby oraz stresy. Każda z nich pojawia się u 14% wypowiedających się osób. Pierwsza obejmuje takie stwierdzenia, jak np. "jestem podatny na różne choroby", "mam ciągle jakieś komplikacje chorobowe". Druga odpowiada wypowiedziom typu: "nerwowe życie, coraz więcej napięć", "stresujące życie" itp. Wskazania na choroby jakgdyby wspierane są przywoływanymi przez 8% omawianej grupy trudnościami w leczeniu (np. "medycyna nie radzi sobie z chorobami", "brakuje nawet podstawowych lekarstw").

Podkreślić należy, że **najrzadziej** pojawiającymi się w omawianym kontekście zagrożeniami dla zdrowia respondentów okazały się ich antyzdrowotne zachowania. Tylko 5% stwierdza, że stan ich zdrowia pogarszać się będzie w wyniku własnego niekorzystnego sposobu postępowania. Odnotować tu można takie wypowiedzi jak: "bo palę papierosy", "może trochę za dużo alkoholu", "za mało aktywny tryb życia", "zbyt intensywny sposób życia", "mam za mało ruchu", "brak dbałości o siebie", "nie mam czasu aby się zająć sobą" itp.

Wyniki bardzo zbliżone do przedstawionych w tab. 16 uzyskano przy zastosowaniu podobnego narzędzia w przywołanych już badaniach dorosłej reprezentacji społeczeństwa polskiego, przeprowadzonych w 1993 r. (Psychospołeczne uwarunkowania: 1995). Ukazuje je tab. 17.

Tabela 17

Czynniki oczekiwanego pogorszenia stanu własnego zdrowia w przekonaniach reprezentacji społeczeństwa polskiego (w %) Podstawę stanowią wypowiedzi 1104 osób (57% ogółu badanych) spodziewających się w najbliższym czasie jego pogorszenia. Każda osoba wskazać mogła kilka czynników, w związku z czym odsetki nie sumują się.

Czynnik	%
wiek, starzenie się	35
choroby, inwalidztwo	30
sytuacja ekonomiczna, standard życia	29
degradacja środowiska przyrodniczego	20
stresy, nerwowe życie	17
trudności w leczeniu	15
wykonywana praca zawodowa	14
złe odżywianie się	11
sytuacja polityczna i społeczno-gospodarcza w kraju	6
własne zachowania antyzdrowotne /bez odżywiania/	4
inne czynniki	6

Pomijam w tym miejscu komentowanie pewnych różnic w ustaleniach z obu badań, dotyczących zwłaszcza postrzeganej roli takich czynników jak: praca zawodowa, choroby oraz sytuacja społeczno-ekonomicz-

na, co wiąże się prawdopodobnie z nieco odmienną grupą respondentów i czasem przeprowadzenie obu sondaży. Chcę natomiast, zgodnie z wcześniejszymi zapowiedziami, zwrócić uwagę na zestawienie powyższych danych (przedstawionych w tab. 16 i 17) z wcześniejszymi ustaleniami dotyczącymi zdrowia społeczeństwa. Konfrontacja taka pozwala dostrzec, że inaczej przedstawia się subiektywny obraz zagrożeń zdrowia wtedy, gdy pojmowane jest ono abstrakcyjnie (stan zdrowia społeczeństwa), oraz wtedy, gdy przedmiotem uwagi staje się własne zdrowie każdego z respondentów. Podczas, gdy w tym pierwszym ujęciu reprezentacja pracowników przemysłu szczególną rolę przypisywała niekorzystnym zachowaniom zdrowotnym społeczeństwa, to w drugim własne zdrowie badani uzależnili przede wszystkim od czynników innych niż behawioralne - znajdujących się w znacznej części poza możliwościami indywidualnej kontroli. Nawet, jeżeli indywidualny wpływ na wskazywane zagrożenia własnego zdrowia jest w jakimś stopniu możliwy, to w świadomości badanych wyeksponowane zostają te aspekty zjawisk, które czynią je w małym stopniu zależnymi od własnych działań.

Poczucie podmiotowości wobec uwarunkowań zdrowia.

Innym rodzajem danych przemawiających za potwierdzeniem tezy o niskim poczuciu podmiotowości w sferze uwarunkowań zdrowia, a więc o braku poczucia kontroli jednostek w stosunku do determinant stanu ich zdrowia, mogą być ustalenia uzyskane dzięki pytaniom wprost o tę kwestię.

W powyższym kontekście stosunkowo najlepiej rozpoznanym zagadnieniem jest świadomość pracowników przemysłu w zakresie relacji pomiędzy zdrowiem a wykonywaną pracą zawodową (zob. Korzeniowska: 1990 a; Piwowarska-Pościk: 1990). Dane przedstawione przez E.Korzeniowską pokazują, że 54% respondentów z reprezentacji pracowników przemysłu zapytanych wprost (w pytaniu skategoryzowanym) przyznaje, że wykonywana przez nich praca zawodowa wpływa niekorzystnie na ich zdrowie²⁴. Do tej grupy osób skierowane zostało także skategoryzowane pytanie o to, czy postępując w odpowiedni sposób mogą przeciwdziałać zagrożeniom własnego zdrowia wynikającym z wykonywanej pracy zawodowej ("Czy P. sam, postępując w odpowiedni sposób, może zmniejszać niekorzystne oddziaływanie pracy na własne zdrowie?). Z poglądem "tak, i to w dużym stopniu" zgodziło się tylko 5% osób uznających,

że praca szkodzi ich zdrowiu. 37% uznało, że tylko w niewielkim stopniu może przeciwdziałać owemu niekorzystnemu wpływowi, natomiast 54% wybierało stwierdzenia, że raczej lub zdecydowanie nie mają na to wpływu, zaś 4% nie miało zdania w omawianej kwestii (por. Korzeniowska: 1990 a, s. 266). Podobnie tylko 35% ogółu reprezentacji pracowników przemysłu w innym miejscu kwestionariusza podzieliło pogląd, że przeciętny człowiek ma jakiś wpływ na poprawę warunków zdrowotnych w zakładzie pracy, przy czym jedynie 7% zgadza się z tym zdecydowanie. 20% natomiast kategorycznie odrzuca taką możliwość (Analiza postaw: 1989, s.94). Dane te pokazują, że tylko ok. 40% badanych posiada przekonanie o możliwościach indywidualnego przeciwdziałania zagrożeniom zdrowia w miejscu pracy, przy czym stopień tych możliwości postrzegany jest jako nikły.

Innym czynnikiem eksponowanym wśród zagrożeń zdrowia, tak ogółu społeczeństwa, jak i własnego, w świetle wcześniej prezentowanych ustaleń okazała się degradacja środowiska przyrodniczego. I tutaj opinie reprezentacji pracowników przemysłu na temat możliwości przeciętnego człowieka w zakresie poprawy środowiska nie odbiegają od tych, jakie ujawniły się w stosunku do pracy zawodowej. Tu jeszcze mniej, bo tylko 29% dostrzega jakiegokolwiek możliwości w tym zakresie, a 26% zdecydowanie pozbawia przeciętnego człowieka takich możliwości.

Do tej samej zbiorowości skierowane zostało również pytanie skategoryzowane zawierające prośbę o wskazanie tych form działania, które, zdaniem respondentów, "zwykli ludzie" powinni podejmować dla poprawy sytuacji zdrowotnej w kraju. Spośród 1459 osób odpowiadających istotnie na zadane pytanie 16% stwierdziło, że nie powinni oni podejmować tego typu działań, że to nie jest ich sprawa. Natomiast ci, którzy uznali, że powinni coś zrobić (pozostałe 84%), opowiedzieli się za następującymi formami działań:

- 1) domaganiem się od odpowiednich władz podjęcia działań mających na celu poprawę nieprawidłowej sytuacji (50%)
- 2) informowaniem odpowiednich władz o dostrzeżonych zagrożeniach zdrowia (24%)

²⁴ Pytanie w kwestionariuszu zostało sformułowane następująco: "Czy wykonywana przez P. praca zawodowa i warunki w jakich się odbywa wpływają na P. zdrowie?". Pozostałe kategorie odpowiedzi wybierane były przez następujące odsetki osób: 3% - wpływa korzystnie, 23% - nie ma wpływu na zdrowie, 20% - nie mam zdania (N=1467).

3) indywidualnym lub grupowym działaniem "zwykłych ludzi", poprawiającym istniejący stan rzeczy (10%).

Z przedstawionych danych wynika, że zdecydowanie dominującymi w świadomości potocznej są przekonania o braku możliwości oddziaływania jednostek na główne czynniki zagrażające ich zdrowiu oraz bierne i roszczeniowe postawy wobec tych zagrożeń. Owe 10% dostrzegających aktywną rolę "zwykłego człowieka" w przeciwdziałaniu zagrożeniom zdrowia wydaje się szczególnie jaskrawą ilustracją problemu.

Nieco odmienny obraz potocznego poczucia podmiotowości w sferze uwarunkowań zdrowia wyłania się z ustaleń dokonanych w innych badaniach, przeprowadzonych technikami ankietowymi.

W przywoływanym już sondażu L.Piwowskiej-Pościk i wsp., do pracowników dwóch zakładów przemysłowych skierowane zostało następujące pytanie skategoryzowane: "Można spotkać się z opinią, że zdrowie człowieka najbardziej zależy od niego samego, od jego postępowania. Czy zgadza się P. z tą opinią?". Spośród 1051 respondentów udzielających odpowiedzi na to pytanie 13% nie zajęło stanowiska ("trudno powiedzieć"). 55% wybrało odpowiedź: "tak", 32% - "raczej tak", 6% - "raczej nie" i 3% - "nie" (Wybrane zachowania: 1985, s.51). Bardzo zbliżone wyniki, przy zastosowaniu takiego samego pytania, uzyskał J.Kopias w cytowanych już badaniach mieszkańców czterech zbiorowości terytorialnych (Ocena postaw: 1988) ²⁵.

Z kolei do pracowników pięciu zakładów przemysłowych skierowane zostało nieco inne pytanie: "Jak P. ocenia własne możliwości wpływania na swoje zdrowie?". Tutaj, przy 1691 odpowiedziach istotnych, ich rozkład przedstawiał się następująco (por. Ocena miejsca zdrowia: 1987, t.I, s.289):

- "mam duże możliwości" - 21%
- "mam małe możliwości" - 55%
- "wcale nie widzę takich możliwości" - 24%

Przy zestawieniu powyższych wyników zwrócić trzeba uwagę na fakt, że pierwsze z nich dotyczą zdrowia człowieka w ogóle, drugie natomiast zdrowia konkretnej osoby - respondenta. Przemawia to na rzecz akceptacji zgłoszonej już hipotezy, że myślenie potoczne znacznie większą rolę wśród uwarunkowań stanu zdrowia przypisuje zachowaniom jednost-

²⁵ W obu badaniach środowisko terytorialne (duże miasto, małe miasto, wieś) w małym znaczącym stopniu różnicowało uzyskane wyniki.

ki wtedy, gdy idzie o zdrowie abstrakcyjnie pojętego podmiotu, niż wtedy, gdy indywidualny podmiot rozpatruje własne zdrowie. Jak pokazują przytoczone dane, zdecydowanie więcej osób uważa, że zdrowie generalnie rozumianego człowieka najbardziej zależy od niego samego, od jego postępowania, niż to, że sami oni posiadają znaczące możliwości wpływania na swoje zdrowie.

W tym miejscu warto odnotować relacje, jakie zachodzą pomiędzy deklarowanym poczuciem podmiotowości w stosunku do zdrowia a autooceną jego stanu. Wszędzie tam, gdzie zadane zostało pytanie o podmiotowość, wyraźnie ujawniła się taka tendencja, że osoby o niskiej autoocenie stanu zdrowia znacznie rzadziej dostrzegają aktywną rolę człowieka w kształtowaniu swojego zdrowia, niż osoby o wysokiej autoocenie. Te ostatnie zdecydowanie częściej wyrażają pogląd o dużych możliwościach wpływania przez jednostkę na jej zdrowie. Prawidłowość ta szczególnie dotyczy sytuacji, w której pytanie odnosiło się do zdrowia wypowiadającej się osoby²⁶. Stwierdzone relacje tłumaczyć można tak, że w grupie osób nisko oceniających własny stan zdrowia akceptacja poglądu o dużych indywidualnych możliwościach kształtowania tego stanu byłaby przyznaniem się do braku osobistej troski o zdrowie. To zaś, w kontekście deklaracji o wysokiej wartości zdrowia, wydawać by się mogło rzeczą naganną.

Czynniki sprzyjające zdrowiu i ukierunkowanie podmiotowości wobec zdrowia.

Przywołane wcześniej pytanie o zmiany w stanie zdrowia, jakich w najbliższym czasie oczekują u siebie respondenci z reprezentacji pracowników przemysłu, ujawniło 6-procentową grupę osób (spośród 1479), które spodziewają się poprawy własnego zdrowia. Połowa z nich wiąże swoje przewidywania z pomocą ze strony służb medycznych, głównie podjęciem lub kontynuowaniem leczenia, 1/4 ze zmianą miejsca zamieszkania lub zatrudnienia, a tylko 1/8 z podjęciem lub kontynuowaniem elementów prozdrowotnego stylu życia, takich jak np. rzucenie lub ograniczenie palenia, prawidłowe odżywianie się, zwiększenie ilości czasu przeznaczonego na wypoczynek albo aktywność ruchową itp.

Ze względu na małą liczebność omawianej grupy trudno na podstawie powyższych ustaleń formułować uogólnienia na temat wiedzy o czynnikach sprzyjających zdrowiu. Dodatkowych danych mogą natomi-

dostarczyć materiały uzyskane w badaniach ankietowych przeprowadzonych wśród pracowników pięciu zakładów przemysłowych.

Do respondentów, którzy wyrazili potrzebę wprowadzenia w swoim życiu jakichś zmian z intencją sprzyjania własnemu zdrowiu (68% ogółu), skierowane zostało, w formie otwartej, następujące pytanie: "Co chciał(a)by P. zmienić w swoim życiu z myślą o zdrowiu?". Jednakże tylko 75% z tych, którzy zadeklarowali chęć zmian, wskazało konkretne działania, jakich zamierzali dokonać. Najczęstsze postulaty przedstawia tab.18.

Tabela 18

Zmiany, które pracownicy pięciu zakładów przemysłowych zamierzają wprowadzić w swoim życiu dla umocnienia zdrowia. Podane odsetki odnoszą się do grupy 956 osób, które podały przynajmniej jedną zmianę tego rodzaju. Możliwość wyrażenia kilku postulatów przez każdą osobę sprawia, że odsetki nie sumują się.

Rodzaj zmiany	%
zmiana pracy na mniej szkodliwą lub poprawa warunków pracy	46
zmiana miejsca zamieszkania na bardziej zdrowe	15
ograniczenie lub zaprzestanie palenia tytoniu	11
unikanie stresu, zmaganie się ze stresem	6

c.d. na str. 162

²⁶ W badaniach pracowników pięciu zakładów przemysłowych siła tego związku wynosiła $C = 0,26$. Odpowiedzi "mam duże możliwości wpływania na swoje zdrowie" udzieliło tam 51% osób oceniających swoje zdrowie jako bardzo dobre, 26% jako dość dobre, a tylko 10% jako słabe. Na marginesie należy także stwierdzić znaczący wpływ wykształcenia na omawiane przekonania ($p < 0,001$; $C = 0,20$). Gdy duże możliwości wpływu na własne zdrowie zgłasza 12% osób z wykształceniem podstawowym, to z wyższym już 33%. Częstość deklaracji o braku takich możliwości spada wraz ze wzrostem wykształcenia z 35% do 7%. (Ocena miejsca zdrowia: 1987, t.I, s. 290-291).

zmiana trybu życia (ogólna deklaracja)	6
podjęcie lub zwiększenie aktywności fizycznej	5
zwiększenie zarobków, poprawa warunków bytowych	4
otrzymanie lub zamiana mieszkania	4
różne zmiany w odżywianiu się	3
lepszy, dłuższy wypoczynek po pracy	2

Na podstawie danych opracowanych przez A.Gniazdowskiego (Analiza postaw: 1989, s.189).

A.Gniazdowski komentując wyniki przedstawione w tab.18 stwierdza: "pozwalają one sformułować pewien ogólny wniosek co do swoistej perspektywy, w jakiej badani postrzegają ewentualne działania własne na rzecz umacniania swojego zdrowia. Otóż widzą oni tę kwestię głównie w kategoriach zdobycia określonych wartości - takich jak: odpowiednia praca, miejsce zamieszkania, samo mieszkanie, zarobki - których posiadanie pośrednio może warunkować ich stan zdrowia. Zdecydowanie rzadziej natomiast widzą, jako czynnik zdrowotny, własną codzienną aktywność, podtrzymującą i umacniającą zdrowie, a więc takie zachowania, jak: kontrolowanie palenia, odpowiednie odżywianie się, właściwy wypoczynek itp. Proporcje obydwóch rodzajów wskazań kształtują się jak 2:1" (Analiza postaw: 1989, s.190)²⁷.

Wydaje się, że ustalenia z obu badań pracowników przemysłu uznać można za zbieżne pod tym względem, że w zbiorze czynników potocznie postrzeganych jako sprzyjające zdrowiu respondentów

²⁷ Potwierdzeniem tych wniosków mogą być wyniki nieusystematyzowanego sondażu przeprowadzonego w 1991r. w kilku kilkunastoosobowych grupach pracowników jednego z dużych zakładów przemysłu odzieżowego w Łodzi. Respondenci pytani o działania, których oczekują na rzecz swojego zdrowia przywoływali przede wszystkim konieczność zmiany ogólnej sytuacji społeczno-gospodarczo-politycznej oraz zmianę różnych elementów ich pracy zawodowej, zwłaszcza stosunków z przełożonymi i warunków płacowych.

zachowania nazwane zdrowotnymi zostają wyraźnie zdominowane przez inne czynniki. Innymi słowy, zdecydowana większość osób określa korzystnymi dla swojego zdrowia te czynniki, które nie należą do grupy zachowań zdrowotnych składających się na model prozdrowotnego stylu życia²⁸. Są nimi natomiast bądź to różnego typu zabiegi lecznicze, bądź zdobywanie wartości, o których pisał A.Gniazdowski.

PODSUMOWANIE

Przedstawione w kolejnych podrozdziałach ustalenia empiryczne poddane zostały analizie głównie w tym celu, aby wyróżnić w treści wiedzy potocznej czynniki, które przez znaczne odsetki społeczeństwa traktowane są jako podstawowe uwarunkowania dobrego i złego stanu zdrowia.

Punktem wyjścia było porównanie ustaleń na temat zagrożeń stanu zdrowia społeczeństwa, wskazywanych przez reprezentację pracowników przemysłu, z ustaleniami dotyczącymi podobnego przedmiotu, uzyskanymi w kilku innych badaniach. Wynikiem owej analizy porównawczej (przy uwzględnieniu faktu, że w każdym z badań wykorzystane zostały nieco inaczej skonstruowane pytania skategoryzowane) było stwierdzenie braku zasadniczych różnic pomiędzy zdecydowaną większością danych, a więc potwierdzenie ogólnej trafności wyników uzyskanych w reprezentacji pracowników przemysłu. Stały się one punktem odniesienia dla dalszych poszukiwań, ograniczonych już głównie do obszaru świadomości tej właśnie grupy osób. Owe dalsze analizy oparte zostały jednak na materiale uzyskanym dzięki zastosowaniu odmiennych narzędzi, jakimi były pytania otwarte.

Pierwotnie potwierdzone ustalenia, dotyczące zwłaszcza postrzegania zachowań zdrowotnych w roli czynników (głównie zagrożeń) zdrowia społeczeństwa, znalazły się w konflikcie z nowymi.

Pierwsza płaszczyzna dostrzeżonych różnic to rozbieżności pomiędzy potocznymi wskazaniem na najważniejsze zagrożenia zdrowia

²⁸ Problem natury pojęciowej - które z zachowań zaliczyć do kategorii prozdrowotnego stylu życia - na gruncie świadomości potocznej rozstrzygnięty może zostać dzięki odwołaniu się do ustaleń zawartych w tab.15.

społeczeństwa, a czynnikami wymienianymi przez badanych jako sprzyjające mu. Tylko nieliczni w wypowiedziach swobodnych akcentowali potrzebę przeciwdziałania tym niekorzystnym zachowaniom, które wcześniej (w odpowiedziach większości respondentów na pytanie skategoryzowane) pojawiały się w funkcji podstawowych zagrożeń zdrowia. Ponadto rezygnacja z tych ostatnich nie była bynajmniej powszechnie eksponowana w potocznym modelu prozdrowotnego stylu życia. Ogólny wniosek z przytoczonych ustaleń jest taki, że wraz z dostrzeżeniem behawioralnych zagrożeń zdrowia społeczeństwa nie idą w parze przekonania o potrzebie przeciwdziałania im.

Drugi aspekt sygnalizowanych różnic to rozbieżność pomiędzy wskazywanymi uwarunkowaniami stanu zdrowia społeczeństwa (zdrowia w ogóle, zdrowia innych ludzi) a eksponowanymi w swobodnych wypowiedziach respondentów uwarunkowaniami ich własnego stanu zdrowia. Daje się to wyraźnie zauważyć w sytuacji, gdy tylko nieliczne osoby wymieniają wśród zagrożeń własnego zdrowia niekorzystne zachowania zdrowotne, powszechnie wskazywane wcześniej jako zagrożenia zdrowia społeczeństwa. Podobnie zachowania traktowane przez większość badanych jako generalnie sprzyjające zdrowiu - wyróżniane w modelu prozdrowotnego stylu życia - jedynie w nikłym zakresie pojawiają się wśród działań, które respondenci zamierzają podjąć dla umacniania własnego zdrowia. Inne z omawianych wcześniej ustaleń pokazały również, że znacznie więcej osób skłonnych jest przypisywać jednostce duży wpływ na zdrowie wtedy, gdy idzie o innego człowieka, niż wtedy, gdy respondent myśli o sobie samym. Tego typu rozbieżności w treści myślenia o własnej osobie i o innych wydają się charakterystyczne dla świadomości społecznej w Polsce, co ujawniają inne sondaże (zob. Kolarska-Bobińska: 1992).

Warto zauważyć, że wskazywane tutaj niespójności odnoszą się głównie do obszaru myślenia o zachowaniach związanych ze zdrowiem, podczas gdy inne, pozabehawioralne czynniki stanu zdrowia w mniejszym stopniu podlegają takim transformacjom. Koncentrując zatem uwagę na myśleniu o owych zachowaniach można zastanowić się, co sprawia, że w świadomości poszczególnych osób współwystępują wzajemnie niezgodne przekonania.

Wydaje się, że wskazać tu można kilka aspektów psychologicznej racjonalizacji, które, hipotetycznie rzecz biorąc, pozwalają jednostce zachować poczucie spójności poszczególnych elementów posiadanej przez nią wiedzy.

Pierwszy z takich aspektów to mechanizm polegający na niedostrzeganiu tych własnych zachowań, które uznawane są za niewłaściwe. Nie przeszkadza to oczywiście widzieć u innych, a nawet podkreślać u nich negatywnie oceniane wzory postępowania. Przykładowo, jak pokazują dane przedstawione przez E. Korzeniowską (1990 a, s. 233), znacznie więcej osób zatrudnionych w przemyśle wskazuje brak przestrzegania przepisów bhp przez innych pracowników, niż przez siebie samych. Tego typu zjawiska wydają się immanentną cechą ludzkiej psychiki, o czym świadczyć może przepowieść biblijna o belce w oku bliźniego.

Inny mechanizm polega nie tyle na braku dostrzeżenia przez jednostkę własnych niekorzystnych zachowań, ile na przekonaniu o własnej uprzywilejowanej pozycji względem innych osób. Uznając szkodliwy wpływ określonych zachowań na stan zdrowia i widząc u siebie te antyzdrowotne zachowania, człowiek może posiadać przekonanie, że w jego indywidualnym przypadku ów niekorzystny wpływ nie jest tak duży, jak u innych osób, czy jak głosi uogólniona wiedza teoretyczna²⁹.

Kolejny sposób racjonalizowania nazwać można "przekładaniem czynników behawioralnych na środowiskowe". Polega on na tym, że w różnych kontekstach jednostka może zwracać uwagę na różne aspekty tego samego zagadnienia. Np. w przypadku tego czynnika zdrowia, jakim jest sposób odżywiania, człowiek raz może dostrzegać jego behawioralną stronę, natomiast w innej sytuacji zewnętrzne możliwości realizowania pożądaných wzorów żywieniowych (np. podaż zdrowej żywności, posiadane zasoby finansowe itp.). Zważywszy, że poczucie własnej podmio-

²⁹ Jako ilustrację takiego sposobu myślenia, wyrażonego *expressis verbis*, zacytować można wypowiedź czterdziestoletniego robotnika: "Całkowicie zgadzam się, że wódka i papierosy to gwóźdź do trumny. Ale co jednemu szkodzi, to drugiemu pomaga. Na przykład Churchill - pił, palił, i to jeszcze ile, a jak długo żył. I od dziewczynek pewno nie stronił. Podobnie i mój dziadek. Dziewięćdziesiąt cztery lata żył i niczego sobie nie żałował. Ja pochodzę z takiej rodziny zrobionej z takiego materiału. Mnie to wszystko nie szkodzi tak jak innym, co są słabej dupy".

towości w sferze zdrowia u zdecydowanej większości badanych osób jest nikłe, zrozumiałe wydaje się akcentowanie pozabehawioralnej strony warunkowań własnego zdrowia.

Wskazać by można z pewnością inne jeszcze mechanizmy, które pozwalają poszczególnym osobom godzić we własnej świadomości zarówno przekonania o dużym znaczeniu zachowań zdrowotnych dla stanu zdrowia, jak i o nikłym ich wpływie. Nie rozwiązuje to jednak samego problemu obecności, a tym bardziej genezy owych odmiennych treści. Wydaje się, że rozwiązanie tego doszukiwać się można we współistnieniu w świadomości potocznej dwóch różnych typów wiedzy, nabywanej nieco innymi drogami.

W nawiązaniu do wcześniejszych analiz przywołać należy wskazane tam rozróżnienie pomiędzy wiedzą w wąskim znaczeniu, zbliżoną do profesjonalnej, nabywaną przez jednostkę w intencjonalnie zorganizowanych procesach edukacyjnych (np. w wyniku oddziaływania oświaty zdrowotnej), oraz wiedzą potoczną w sensie przeciwnym tej pierwszej, obejmującą przekonania kształtujące się w środowiskach nieprofesjonalnych, w społecznych interakcjach życia codziennego. Za pierwszą stoi autorytet wykształconego nauczyciela, *ex cathedra* wygłaszającego "poprawne" sądy. Druga swojego potwierdzenia poszukuje w filozofii zdrowego rozsądku (zob. Hołówka: 1986). Pierwsza, ze swej natury, posiada uogólniony charakter, budowana jest w oparciu o procedury naukowe. Druga kształtuje się na bazie indywidualnych doświadczeń i subiektywnych interpretacji, na nich buduje swoje generalizacje. Tę pierwszą najczęściej wyrażamy w sytuacjach, w których jesteśmy oceniani pod względem stopnia opanowania owej wiedzy. Tę drugą relacjonujemy raczej w okolicznościach, którym nie towarzyszy taki element oceny, gdy możemy sobie pozwolić na całkowicie prywatną, nie koniecznie poprawną opinię.

Wydaje się rzeczą dość oczywistą, że taka lub inna konstrukcja narzędzia badawczego - pytania w kwestionariuszu - sprzyjać może aktualizacji w świadomości respondenta wiedzy zbliżającej się bardziej do pierwszego lub drugiego z przywołanych typów. Pytania skategoryzowane, z uwagi na swój sformalizowany charakter i zawarte w nich żądania wyboru, sugerujące ocenę udzielonej odpowiedzi z punktu widzenia jej poprawności, skłaniają raczej do wyrażania wiedzy pierwszego typu - tej,

którą "powinno się" posiadać. Natomiast pytania otwarte, formułowane w kolokwialny sposób, skonstruowane podobnie jak pytania języka potocznego, w większym stopniu aktualizują w wypowiedziach badanych osób przekonania drugiego typu.

Jeżeli trafny jest powyższy zespół hipotez, to tłumaczy on przedstawione niespójności, jakie ujawniły się w referowanych wynikach badań.

Pytania skategoryzowane, dotyczące ponadto wiedzy o charakterze ogólnym (a nie osoby respondenta), ukazały prawdopodobnie przede wszystkim te treści, jakie propagowane są w przekazach z zakresu oświaty zdrowotnej. Z kolei pytania otwarte, ukazujące prawdopodobnie wiedzę bliższą przekonaniom życia codziennego respondentów, w znacznie mniejszym stopniu ujawniały poprzednio eksponowane czynniki.

Pomimo odmiennej treści obu typów wiedzy, ujawnianej za pomocą odmiennych narzędzi, istnieją jednak pomiędzy nimi pewne obszary wspólne. Sądzić można, że to właśnie jest wiedza najsilniej ugruntowana - poparta tak autorytetem przekazu społecznego jak i subiektywną, psychologiczną bliskością. Do niej zaliczają się obecne u licznych osób przekonania dotyczące takich czynników jak m.inn. degradacja środowiska przyrodniczego, sposób funkcjonowania opieki medycznej, praca zawodowa w przemyśle, ogólnie pojęta sytuacja społeczno-gospodarcza, a także sposób odżywiania, ogólnie rozumiana rekreacja oraz stres. Ważnym problemem wydaje się jednak ustalenie, na ile wskazane tu czynniki posiadają w świadomości potocznej charakter behawioralny (tzn. podlegają indywidualnej kontroli), na ile zaś pozabehawioralny, środowiskowy. Dla tego celu, w kontekście powyższych uwag, niezbędnym wydaje się odejście od dominacji metod surveyowych, zwłaszcza od pytań skategoryzowanych, bezsprzecznie najczęściej stosowanych w badaniach omawianej problematyki.



CZĘŚĆ VI

AUTOOCENA STANU ZDROWIA

UWAGI WSTĘPNE

Ostatnie z ujęć zdrowia wyróżnionych w prezentowanej pracy to wynik oceny stanu zjawisk objętych tym pojęciem. Gdy zadajemy komuś pytanie "jak zdrowie?" oraz odpowiadamy "dziękuję, dobrze", "słabo, ostatnio dużo chorowałem", czy "jakoś się trzymam" - używamy pojęcia zdrowia w takim właśnie znaczeniu. Chociaż w różnych sytuacjach życia codziennego oceniamy zarówno własne zdrowie, jak i stan zdrowia innych osób, uwagę badaczy społecznych przykuwa prawie wyłącznie to pierwsze. Stąd przedmiotem dalszych analiz uczyniony będzie stan zdrowia oceniany przez jego podmiot, co w literaturze nazywane jest autooceną (samooceną) zdrowia. Inaczej mówiąc, idzie o wyniki subiektywnej¹ oceny stanu własnego zdrowia, dokonywanej przez zapytane o to osoby.

Zagadnienia związane z oceną stanu zdrowia pojawiły się już wcześniej - w części poświęconej kryteriom zdrowia i choroby. Przedstawione tam analizy potraktować można jako dotyczące problemu wzorca ewaluacyjnego dla obecnie omawianych ocen. Wyodrębnienie wyników

¹ Termin "subiektywny" oznacza tu tylko tyle, że podstawą dokonywanej oceny jest wewnętrzne przekonanie jednostki o prawdziwości wyrażonego sądu ocennego. Nie jest on zatem przeciwstawiony ocenie "obiektywnej" (zob. Piotrowski: 1973, s. 84-85)

autooceny jako osobnego przedmiotu bierze się jednak stąd, że jest to nie tylko ważny aspekt znaczeniowy pojęcia zdrowia, ale zmienna najczęściej chyba pojawiająca się w badaniach socjomedycznych. W każdym niemal sonadażu społecznym dotyczącym zagadnień zdrowia znaleźć można pytanie o autoocenę. Stawiane jest ono zazwyczaj w teoretycznym kontekście badania potrzeb zdrowotnych (np. Ostrowska: 1975; Gdulewicz i wsp.:1987), widzianych tak w perspektywie makrostrukturalnej, jak psychospołecznej.

Pojęcie zdrowia w pytaniu o jego ocenę może zostać użyte w swym ogólnym, nie sprecyzowanym znaczeniu. Wówczas bądź to zakłada się, że autoocena zdrowia obejmuje całą różnorodność aspektów tego zjawiska i wyraża jakąś uśrednioną ocenę ich stanu (zob. Titkow: 1983, s. 103), bądź problem kryteriów, na których jest ona oparta czyni się przedmiotem dociekań empirycznych, jak proponowała m.in. A.Ostrowska (1975, s. 30)². W praktyce badawczej realizacja tego postulatu sprowadza się najczęściej do konfrontacji ogólnej autooceny dokonanej przez daną osobę z ocenami wyodrębnionych aspektów jej zdrowia, przeprowadzonymi z reguły przez lekarzy (np. Piotrowski: 1973; Grębowski, Kryszpiniuk: 1980), natomiast znaczenie rzadziej przez badaną osobę (np. Titkow: 1983; Kopczyński, Karpowicz: 1980).

Innym ujęciem jest teoretyczne wyodrębnienie poszczególnych znaczeń zdrowia - traktowanych jako elementy ogólnego pojęcia- i poszukiwanie potocznej autooceny kilku tak wyodrębnionych zjawisk. Mogą to być np. przebyte lub aktualne choroby, odczuwane dolegliwości, samopoczucie psychiczne, sprawność lub ograniczenia funkcjonalne itp. Badania takie podejmuje się najczęściej w tym celu, by, po pierwsze, konstruować w oparciu o nie jakąś syntetyczną ocenę zdrowia (np. Mróz, Kopczyński: 1977; Ostrowska: 1980) lub, po drugie, analizować potoczną świadomość zdrowotną (zgodność lub rozbieżność różnych jej treści) jako interesujące zjawisko społeczne (np. Titkow: 1983).

Wskazane kierunki interpretacji autooceny zdrowia są wyrazem rozróżnienia, które uznać można za podstawowe dla ogółu badań podej-

² Pomijam tutaj sytuację, gdy badacz a priori uznaje, że potoczna autoocena zdrowia wyraża subiektywną ocenę jakiegoś wąskiego aspektu tego zjawiska (np. braku choroby), z którym ów badacz w swoich założeniach utożsamia omawiane pojęcie.

mujących omawiany problem. Badania te prowadzone są, a ich wyniki interpretowane, w dwóch zasadniczych, często powiązanych ze sobą kontekstach. Pierwszy odpowiada potrzebom zdrowotnym widzianym w skali makrosocjologicznej, określanym z reguły jako obiektywne. Idzie tu o badania zmierzające do formułowania oceny stanu zdrowia społeczeństwa, różnych jego grup i kategorii. Drugi kontekst to potrzeby zdrowotne postrzegane subiektywnie, traktowane jako czynniki wyzwalające motywację jednostek do działania na rzecz własnego zdrowia.

Gdy idzie o ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, to wyniki potocznej autooceny mogą pojawiać się w trzech funkcjach. Po pierwsze, mogą służyć jako wskaźniki dla innych zjawisk niż wyrażone w autoocenie poczucie zdrowia. Tak jest np., gdy na podstawie wyników autooceny orzeka się o stanie zdrowia pojmowanego w ten sposób, jak czynią to z reguły lekarze (brak choroby). Wówczas poszukiwanie empirycznych związków pomiędzy autooceną a wynikami badań lekarskich służy metodologicznej ocenie przyjętego wskaźnika. Po drugie, autoocena może być elementem wchodzącym w zakres stanu zdrowia - rozumianego jako zjawisko złożone, obejmujące oprócz innych aspektów subiektywne jego poczucie. Wówczas autoocena ma taki sam lub zbliżony status teoretyczny, jak pozostałe z uwzględnionych elementów zdrowia. Wzajemne porównania ocen wyodrębnionych aspektów zdrowia (w tym autooceny) służą nie tyle względem metodologicznym, co opisowi całości tego zjawiska - jego złożoności i relacji pomiędzy elementami. Po trzecie, autoocena może zostać potraktowana jako wyrażająca zasadniczy sens zdrowia (zdefiniowanego jako jego subiektywne poczucie), a tym samym tożsama z całkowitą jego oceną. Jeżeli pierwsze z przywołanych trzech ujęć charakterystyczne jest dla tradycji socjomedycznej, to dwa kolejne bliższe wydają się paradygmatowi socjoekologicznemu.

Z tradycją socjomedyczną związany jest drugi ze wskazanych wcześniej teoretycznych kontekstów analiz autooceny stanu zdrowia, dotyczący zachowań zdrowotnych. Usytuowanie go w tym właśnie paradygmacie niesie ze sobą kilka istotnych założeń kształtujących wyniki badań empirycznych.

Pierwsze z nich dotyczy samego pojęcia stanu zdrowia używanego w omawianym kontekście analiz. "To, co potocznie nazywamy stanem zdrowia - pisze A.Ostrowska, przedstawiając przyjęte w swoich badaniach założenia teoretyczne (1980, s. 10) - jest w rzeczywistości stanem choroby. Tak więc pod pojęciem stanu zdrowia kryją się przede wszystkim dane dotyczące odchyłeń od zdrowia, a jego pomiar jest głównie pomiarem odchyłeń od normy". Idzie tu oczywiście o zjawiska będące "poniżej" normy. Pominięte w związku z tym zostają te aspekty stanu zdrowia, które wykraczają ponad normę, które są czymś więcej niż brakiem jakkolwiek pojętej choroby. Można zatem mówić o wyraźnym ograniczeniu zakresu tego pojęcia.

U podstaw powiązania autooceny tak pojętego stanu zdrowia z zachowaniami zdrowotnymi znajduje się założenie, zgodnie z którym dostrzeżone przez jednostkę pogorszenie stanu jej zdrowia, a więc obniżenie autooceny, powinno wyzwać subiektywną potrzebę zdrowotną i motywować do działania w kierunku jej zaspokojenia. Wysoka autoocena nie wyzwała natomiast tego typu potrzeb i motywacji, nie wiąże się zatem z zachowaniami zdrowotnymi. Tak więc eksplanacyjna czy predykcyjna funkcja potocznie dokonywanej oceny stanu własnego zdrowia ograniczona zostaje do tych przypadków, w których ocena ta ulega obniżeniu w stosunku do standardu.

Autoocena pojawia się niekiedy jako element rozbudowanych teoretycznych modeli służących wyjaśnianiu zachowań zdrowotnych, jako zmienna wkomponowana w złożone struktury motywacyjne. Wówczas może ona występować jako stan przewidywany, jako wyobrażenie przyszłości. Tutaj zakłada się wysoce zracjonalizowaną koncepcję człowieka, kalkulującego korzyści i straty związane ze stanem zdrowia z jednej, i innymi wartościami z drugiej strony. Wydaje się jednak, że ujęcie to zbliża się bardziej do problematyki wartości niż potocznych ocen stanu zdrowia.

Podsumowując należy zauważyć, że empiryczne badania potocznie dokonywanej autooceny podporządkowane są przede wszystkim ocenie stanu zdrowia społeczeństwa, mniej natomiast wyjaśnianiu zachowań związanych ze zdrowiem. Teoretyczne opracowanie omawianego aspektu świadomości zdrowotnej dla potrzeb tej drugiej funkcji uznać należy obecnie za bardzo słabe.

USTALENIA EMPIRYCZNE

Zakres ustaleń empirycznych prezentowanych w obecnym rozdziale ograniczony zostanie do takiego ujęcia autooceny, jakie najczęściej kojarzy się z tym terminem i pojawia się w większości badań sondażowych podejmujących omawiane tu zagadnienia. Będą to potoczne oceny własnego stanu zdrowia dokonywane na kilkustopniowych skalach, gdzie zarówno ilość stopni jak i sposoby ich nazwania są propozycją badacza skierowaną do respondentów. Pojęcie zdrowia natomiast jest kategorią określoną w sposób ogólny, pozostawioną do interpretacji badanym osobom.

Celem podjętej prezentacji nie jest ocena stanu zdrowia społeczeństwa, dokonywana z takich czy innych pozycji teoretycznych, ale opis świadomości społecznej we wskazanym zakresie przedmiotowym, potraktowanej jako samodzielny obiekt uwagi. Analiza danych empirycznych zmierzać będzie w kierunku ustalenia stopnia rozpowszechnienia w świadomości potocznej przekonania o posiadaniu dobrego stanu zdrowia. Jest to zagadnienie szczególnie istotne z punktu widzenia przedstawionych wcześniej założeń wiążących autoocenę z zachowaniami zdrowotnymi, potwierdzanych wynikami badań empirycznych. W świetle danych zgromadzonych przez Z.Krawczyka (1987) ok. 2/3 respondentów z reprezentacji dorosłych mieszkańców Warszawy³ stwierdza bowiem, że nie dba o własne zdrowie gdy nic im nie dolega.

Porównywanie empirycznych ustaleń na temat autooceny, dotyczących odmiennych zbiorowości społecznych, dokonywanych ponadto przez różnych autorów, napotyka na dwie zasadnicze trudności.

Pierwsza trudność wiąże się z faktem, że autoocena stanu zdrowia jest tym aspektem świadomości zdrowotnej, który wśród innych wykazuje bezsprzecznie najsilniejsze związki statystyczne z różnymi cechami położenia społecznego badanych podmiotów. Podstawowe zależności, dość dobrze już rozpoznane, dotyczą m.in. pogarszania się wyniku autooceny

³ Badania zrealizowane zostały w latach 1983-84 wśród mieszkańców Budapesztu (N=971), Tallina (N=1000) i Warszawy (N=1028) metodą wywiadu kwestionariuszowego. W Budapeszcie odsetek przyznających, że nie dbają o zdrowie podczas braku dolegliwości wynosił 94% . W Tallinie uzyskano wynik podobny do Warszawy.

wraz z wiekiem, wzrostu autooceny wraz ze wzrostem wykształcenia, obserwowanej wśród mężczyzn tendencji do wyrażania ocen wyższych i bardziej skrajnych niż wśród kobiet, a także związku autooceny stanu zdrowia z oceną własnej sytuacji materialnej, stopnia zadowolenia z życia czy warunków wykonywanej pracy zawodowej (zob.np. Woynarowska i wsp.: 1992; Titkow: 1983; Rojek i wsp.: 1982; Ostrowska: 1980; Tobiasz-Adamczyk, Sroczyńska: 1977; Głowacka: 1977). O ile wpływ zmiennych strukturalnych, ze względu na powszechne ich użycie w analizach, wydaje się stosunkowo łatwy do kontrolowania, to znacznie trudniej jest uniezależnić porównywane wyniki od wpływu pozostałych.

Druga, często podkreślana (np. Rojek i wsp.: 1982) trudność to wzajemne zróżnicowanie skal autooceny konstruowanych przez różnych autorów i proponowanych respondentom dla wyrażenia ich sądów. Idzie tu zarówno o samą budowę skali jak i sposób oznaczenia poszczególnych jej wartości. Różnice te istotnie utrudniają bezpośrednie porównywanie wyników uzyskanych przy zastosowaniu inaczej skonstruowanych narzędzi. Tym niemniej zestawienie różnych kategorii wyrażających wyniki autooceny zdrowia pozwolić może na dostrzeżenie pewnych zjawisk z obszaru potocznego myślenia, które umykają uwadze przy porównywaniu wyników uzyskanych przy pomocy jednakowo zbudowanych i oznaczonych skal. Podejmując dalej próby takiego właśnie zestawienia chcę nieco głębiej wniknąć w psychologiczny sens wypowiedzi wyrażających autoocenę.

“ Ś r e d n i ” s t a n z d r o w i a a d o b r y l u b z ł y

Punktem wyjścia dla prowadzonej analizy jest dostrzeżenie wysokiego odsetka osób, które stan swojego zdrowia oceniają jako średni.

W cytowanych badaniach L.Piwowarskiej-Pościk i wsp. (1986), przeprowadzonych wśród pracowników dwóch dużych zakładów przemysłowych poproszono badanych o ocenę stanu swojego zdrowia (“Jak P. ocenia swoje zdrowie?”) na skali złożonej z następujących wartości: bardzo dobry, dobry, średni, zły, bardzo zły. Aż 54% respondentów wybrało ocenę średnią. Bardzo dobrze lub dobrze oceniło zdrowie 34% badanych, natomiast 10% źle lub bardzo źle.

Nieco inną skalę ocen wykorzystano w trzech kolejnych badaniach⁴. Złożyły się na nią następujące oceny stanu zdrowia: zły, niezbyt dobry, średni, dość dobry, bardzo dobry. Uzyskane wyniki przedstawia tab. 19.

Ustalenia z tab. 19 pokazują, że 1/3 - 1/2 badanych osób ocenia stan swojego zdrowia jako średni⁵. Obserwowane różnice pomiędzy poszczególnymi zbiorowościami wynikają tu prawdopodobnie z ich zróżnicowania pod względem cech położenia społecznego tworzących je osób, które to cechy, o czym była już mowa, istotnie kształtują autoocenę. Analizę owego problemu chcę jednak odłożyć, poprzestając na akceptacji przybliżonych danych ogólnych. Zamiast tego podjęty zostanie problem, czy ocena średnia oznacza stan zdrowia zadowalający respondenta, czy nie. Innymi słowy, na ile zdrowie "średnie" jest jeszcze "dobrym" zdrowiem, na ile już "złym"?

Tabela 19

Wyniki autooceny stanu zdrowia (w %), uzyskane w trzech badaniach sondażowych przeprowadzonych w Warszawie, Hajnowskich Zakładach Przemysłu Drzewnego oraz w Szczecinie.

Wynik autooceny	Badana zbiorowość		
	Warszawa	HZPD	Szczecin
zły	10	5	31
niezbyt dobry	19	16	1
średni	33	41	32
dość dobry	27	28	30
bardzo dobry	11	10	6
N = 100%	921	288	2093

Odpowiedzi na powyższe pytanie poszukiwać można w ustaleniach tych badań, w których do rozpoznania potocznej autooceny stanu zdrowia zastosowano skalę pozwalającą dokonać dychotomicznego podziału respondentów wyłącznie na tych, którzy oceniają swoje zdrowie jako dobre i tych, którzy oceniają je jako złe. Idzie zatem o wyniki uzyskane w oparciu o narzędzie eliminujące możliwość dokonania autooceny w kategoriach zdrowia "średniego".

Wskazać tu można dwa typy skal oceny zawarte w takich pytaniach. Pierwszy grupuje skale niesymetryczne, z ilościową przewagą kategorii wyrażających ocenę dobrą lub złą. Jednej z nich stwarza zatem większe prawdopodobieństwo wyboru. Drugi dobre i złe zdrowie opisuje w sposób symetryczny - tą samą ilością kategorii.

Gdy idzie o pierwszy z wyróżnionych typów, to pytanie stwarzające większe preferencje dla dobrych ocen stanu zdrowia zadane zostało w cytowanych badaniach J.Kopiasa (1988), przeprowadzonych w czterech zbiorowościach terytorialnych (tab. 20)⁶.

⁴ Pierwsze z nich, autorstwa Z. Bizonia, zrealizowane zostało w 1964 r. w reprezentacji mieszkańców Warszawy w wieku produkcyjnym, przy zastosowaniu wywiadu kwestionariuszowego (za: Ostrowska: 1975, s. 23). Drugie, którego wyniki prezentuje R.Grębowski i A.Kryszpiniuk (1980), zrealizowane zostało tą samą techniką w końcu lat 70-tych w losowo dobranej próbie pracowników Hajnowskich Zakładów Przemysłu Drzewnego. Trzecie, omówione przez M.Sygita i wsp. (Dni Medycyny:1987) przeprowadzone zostało w końcu lat 80-tych w reprezentacji dorosłych mieszkańców Szczecina.

⁵ Podobne wnioski formułować można na podstawie wyników innych badań, w których wykorzystane zostały również symetryczne, pięciopunktowe skale zbudowane wokół wartości centralnej, o nieco innych oznaczeniach poszczególnych punktów - np.: bardzo dobry, dość dobry, znośny, raczej zły, bardzo zły (Indulski, Góralczyk-Modzelewska: 1984, s. 40) czy: bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny, bardzo zły (Krasucki i wsp.: 1981, s. 13).

⁶ Należy tu przypomnieć, co częściowo tłumaczy różnice pomiędzy ocenami w poszczególnych zbiorowościach, że A,B,C to tereny o dużym stopniu zagrożenia ekologicznego, a ponadto A jest zbiorowością wiejską z większym udziałem osób starszych niż w pozostałych grupach.

Tabela 20

Wyniki autooceny stanu zdrowia (w %) wyrażone przez respondentów z czterech zbiorowości terytorialnych

Wynik autooceny	Zbiorowość			
	A	B	C	D
bardzo dobre	-	2	2	2
dobre	18	18	17	22
dość dobre	32	56	50	55
złe	42	20	28	17
bardzo złe	5	3	3	3
brak danych	3	1	-	1
N = 100%	140	457	416	337

Natomiast pytanie stwarzające większą szansę dla wyrażenia autooceny stanu zdrowia w kategoriach negatywnych zadane zostało w dwóch badaniach przeprowadzonych w Łodzi⁷. Sformułowano je przy tym nieco inaczej niż we wcześniej przedstawionych sondażach: "Czy, w porównaniu z innymi ludźmi w P. wieku, ocenia P. siebie jako człowieka: zdrowego, raczej zdrowego, raczej chorego, chorego, bardzo chorego?". Uzyskane wyniki przedstawia tab. 21

⁷ Pierwsze, opisane przez A.Rojka i wsp. (1982), zrealizowane zostało metodą wywiadu kwestionariuszowego w latach 1978-1980 w reprezentacji dorosłej ludności Łodzi. Dane dotyczące autooceny stanu zdrowia uzyskano od 4722 osób. Drugie, przedstawione przez Z.Starzyńskiego i wsp. (1983), przeprowadzone zostało tą samą metodą w latach 1981-1983 w reprezentacji pracowników łódzkiego przemysłu włókienniczego. Informacje uzyskano tu od 6520 osób.

Tabela 21

Wyniki autooceny stanu zdrowia (w %) wyrażone przez reprezentację dorosłych mieszkańców Łodzi oraz pracowników łódzkiego przemysłu włókienniczego

Wynik autooceny	Badana zbiorowość	
	ogół mieszkańców	pracownicy przemysłu
zdrowy	31	27
raczej zdrowy	38	39
raczej chory	19	24
chory	9	9
bardzo chory	3	1
N = 100%	4722	6520

Z kolei skale autooceny pozbawione wartości średniej, a więc symetryczne, zastosowane zostały zarówno w cytowanych badaniach pracowników pięciu zakładów przemysłowych, reprezentacji ogółu pracowników przemysłu oraz reprezentacji dorosłej części społeczeństwa polskiego (przeprowadzonych w 1993 r.). Wyniki uzyskane w tych badaniach (przy użyciu pytania: "Jak P. ocenia swoje zdrowie?") przedstawia tab. 22.

W omówieniu ustaleń przedstawionych w tab. 20-22 odnotować należy, że w różnych zbiorowościach będących obiektem badań i przy zastosowaniu nieco odmiennych narzędzi (pozbawiających respondentów możliwości oceny własnego zdrowia jako średnie) uzyskane zostały zbliżone wyniki. Ok. 2/3 badanych osób wyraża pozytywną ocenę stanu własnego zdrowia, natomiast ok. 1/3 ocenia ów stan negatywnie. Obserwowane

Tabela 22

Wyniki autooceny stanu zdrowia (w %) uzyskane w badaniach:
 A) pracowników pięciu zakładów przemysłowych, B) reprezentacji pracowników przemysłu, C) reprezentacji społeczeństwa polskiego

Wynik autooceny	Badana zbiorowość		
	A	B	C
bardzo dobre	4	8	6
raczej dobre	58	63	53
raczej słabe	34	26	34
bardzo słabe	4	3	7
N = 100%	1824	1467	1982

różnice w wynikach wydają się przy tym w mniejszym stopniu pochodną przyjętych skal autooceny, co społecznego zróżnicowania respondentów⁸.

Porównanie wyników badań, w których pominięto możliwość dokonania oceny zdrowia jako "średnie" z wcześniej przedstawionymi danymi uwzględniającymi średnią ocenę stanu zdrowia pozwala dostrzec interesujące zjawisko. Otóż zdecydowana większość ocen średnich, po wyeliminowaniu tej kategorii, przesuwają się w kierunku dobrych. Oznacza to, że osoby, które raczej nie są skore do wyraźnej, jednoznacznej oceny stanu swojego zdrowia jako dobrego lub złego łatwo akceptują podsuwaną im ocenę dobrą wykazując tendencję do zawyżania autooceny w stosunku pierwotnie wyrażonych intuicji.

⁸ Przykładowo, w reprezentacji pracowników przemysłu ujawniły się znaczące zależności pomiędzy wynikiem autooceny a wiekiem ($p < 0,001$; $C = 0,32$), wykształceniem ($p < 0,001$; $C = 0,21$), oceną własnej sytuacji materialnej ($p < 0,001$; $C = 0,15$). Inne zmienne: płeć, miejsce zamieszkania, stanowisko, nie różnicują znacząco uzyskanych wyników.

Ogólna autoocena a inne aspekty oceny stanu zdrowia

Inny obraz przekonań dotyczących autooceny wyłania się z ustaleń, które nie dotyczą już ogólnie pojętego zdrowia, ale odczuwanych dolegliwości. Okazuje się, że znaczne odsetki badanych⁹, bo sięgające wiele ponad połowę, uskarżają się na coraz częściej odczuwane niekorzystne stany psychosomatyczne (poddenerwowanie, zmęczenie, osłabienie, drażliwość, zniechęcenie, apatię itp.). Ponad 2/3 respondentów wskazuje jednocześnie nasilanie się u nich tych, a także bardziej somatycznych objawów.

Relacje pomiędzy ogólną autooceną a przekonaniami dotyczącymi posiadania chorób i związanych z nimi dolegliwości były m.in. przedmiotem uwagi w przywoływanych badaniach L. Piwowskiej-Pościk i wsp. (Wybrane zachowania, 1985). W ankiecie umieszczone tam zostały dwa pytania, które dostarczyć miały informacji, czy respondenci uważają siebie za osoby chore (często chorujące), czy nie¹⁰. 44% pracowników dwóch zakładów przemysłowych, odpowiadających na pytanie o choroby przewlekłe stwierdziło, że nie choruje na żadną z takich chorób, 29% - że choruje na jedną, 15% - że posiada więcej tego typu schorzeń, a 12% nie potrafiło zająć stanowiska. Gdy idzie o ocenę częstości zapadania na choroby o przebiegu ostrym, to 6% odpowiadających na to pytanie stwierdziło, że choruje bardzo często, 22% - dość często, 41% - rzadko, 21% - bardzo rzadko, 7% - wcale, a 3% nie potrafiło zająć stanowiska¹¹. Relacje pomiędzy przekonaniami dotyczącymi posiadania chorób, a ogólną autooceną przedstawiają tab. 23 i 24.

⁹ Np. w badaniach "Polacy'81" (zob. Titkow: 1982) czy cytowanych analizach P. Krasuckiego i wsp. (1991, s. 15-17)

¹⁰ Pierwsze z pytań, dotyczące chorób przewlekłych, brzmiało: "Czy choruje P. na jakąś chorobę przewlekłą, która co pewien czas odnawia się i daje dolegliwości (np. kamica, choroby wrzodowe, cukrzyca, choroby serca, reumatyzm itp.)? Prosimy podkreślić właściwą odpowiedź (1. nie choruję na taką chorobę, 2. choruję na jedną taką chorobę, 3. choruję na więcej niż jedną taką chorobę, 4. trudno powiedzieć)". Drugie, dotyczące chorób ostrych, sformułowano następująco: "Czy często zapada P. na choroby o ostrym przebiegu, takie jak: grypa, zapalenie oskrzeli, angina itp.? Prosimy podkreślić właściwą odpowiedź (1. bardzo często, 2. dość często, 3. rzadko, 4. bardzo rzadko, 5. wcale, 6. trudno powiedzieć)"

¹¹ Obie zbiorowości uwzględnione w badaniach (pracownicy zakładu zlokalizowanego w 15-tys. mieście i w Łodzi) nie różniły się w znaczący sposób swoimi odpowiedziami.

Przedstawione w obu tabelach dane ilustrują dość oczywisty związek pogarszania się ogólnej autooceny stanu zdrowia z przekonaniem o posiadaniu chorób przewlekłych i częstym zapadaniu na choroby ostre. Chcę tu jednak zwrócić uwagę nie tyle na zbieżność obu typów ocen (ogólnej i dotyczącej chorób), ile na zjawisko odwrotne.

Tabela 23

Deklaracje nt. posiadania chorób przewlekłych w relacji do autooceny stanu zdrowia (w %). Dane dotyczą zbiorowości ogólnej (bez braku danych).

Ocena chorobowości		Autoocena			Ogółem (100%)
		b.dobry + dobry	średni	zły + b. zły	
nie choruję	w	60	38	2	448
	k	76	31	7	
mam jedną chorobę	w	14	76	10	289
	k	11	39	28	
mam więcej chorób	w	5	55	40	154
	k	2	15	60	
trudno powiedzieć	w	31	65	4	124
	k	11	15	5	
Ogółem (100%)		357	554	104	1017

Na podstawie danych z raportu (Wybrane zachowania: 1985)

Otóż, jak pokazuje tab. 23, 5% badanych stwierdzających u siebie obecność więcej niż jednej choroby przewlekłej ocenia swoje zdrowie jako dobre, natomiast tylko 40% jako złe. Z kolei w grupie osób chorują-

cych na jedną taką chorobę większy odsetek badanych wyraża ogólnie dobrą autoocenę (14%) niż złą (10%). Podobnie (tab. 24), wśród osób chorujących bardzo często 8% ocenia dobrze swój stan zdrowia, a w grupie chorujących dość często czyni w ten sposób 18%.

Tabela 24

Deklaracje nt. zapadalności na choroby ostre w relacji do autooceny stanu zdrowia w (%). Dane dotyczą zbiorowości ogólnej (bez braku danych).

Ocena zapadalności		Autoocena			Ogółem (100%)
		b.dobry + dobry	średni	zły + b. zły	
b. często	w k	8 1	55 6	37 20	63
dość często	w k	18 11	65 26	17 36	235
rzadko	w k	33 39	60 45	7 26	442
b. rzadko	w k	52 31	44 17	4 7	227
wcale	w k	67 15	28 4	5 4	83
trudno powiedzieć	w k	33 3	43 2	24 7	43
Ogółem (100%)		378	593	112	1083

Na podstawie danych z raportu (Wybrane zachowania: 1985)

Tylko 37% chorujących bardzo często, a 17% często, ocenia swoje zdrowie jako złe. Z kolei 13% respondentów, którzy dokonują ogólnie dobrej autooceny, stwierdza u siebie przynajmniej jedną chorobę przewlekłą, a tyleż samo często zapada na choroby ostre. Warto również zauważyć, że oceniający swoje zdrowie jako średnie w 1/3 uskarżają się na częste, a w ponad połowie na przewlekłe schorzenia.

Świadomość posiadania chorób nie przesądza zatem o negatywnej ocenie stanu zdrowia, choć większa ich ilość i częstość wyraźnie temu sprzyja. Uświadomienie obecności chorób obniża ogólny wynik autooceny, lokując go najczęściej w grupie ocen średnich, jednakże wskazana wcześniej tendencja do podwyższania takich ocen jakgdyby przeciwdziałała poczuciu zanegowania dobrego zdrowia.

Oprócz ustaleń na temat relacji autooceny i poczucia choroby są również interesujące dane stanowiące przyczynek do tematu zgodności potocznej i medycznej oceny stanu zdrowia. Problem zgodności obu punktów widzenia pojawiał się już wcześniej w wielu miejscach tej pracy, stąd tutaj ograniczę się do przytoczenia ustaleń z dwóch badań, pokazujących skalę rozbieżności pomiędzy oceną prezentowaną przez podmiot zdrowia oraz przez zewnętrznego obserwatora.

Zgodnie z danymi przedstawionymi przez R.Grębowskiego i A.Kryszpiniuk (1980), pochodzącymi z cytowanych badań pracowników Hajnowskich Zakładów Przemysłu Drzewnego, aż 28% oceniających swoje zdrowie jako bardzo dobre wymaga, zdaniem lekarzy prowadzących kompleksowe badania, opieki medycznej. W grupie osób oceniających własny stan zdrowia jako dość dobry opieki medycznej wymaga 56%, a wśród respondentów dokonujących średniej autooceny odsetek ten wynosi 79%. Z drugiej strony tylko niespełna 10% badanych ocenia swoje zdrowie gorzej niż czynią to lekarze.

Podobne zjawisko licznego występowania dobrych autoocen zdrowia wśród osób uznanych przez lekarzy za wymagające leczenia odnotowują A.Rojek i wsp. (1982) na podstawie cytowanych badań dorosłych mieszkańców Łodzi. Za zdrowych lub raczej zdrowych uznało się tam 72% mężczyzn i 54% kobiet, którzy według kryteriów medycznych zostali ocenieni inaczej. Natomiast zaledwie 5% mężczyzn i 20% kobiet uznanych przez lekarzy za osoby zdrowe oceniło się jako raczej chore, chore lub bardzo chore.

Przedstawione ustalenia potwierdzają rozpowszechnienie w świadomości społecznej takiego mechanizmu, który skłania nas do wyższej oceny stanu własnego zdrowia, niż wynikać by ona mogła z oceny medycznych jego aspektów. Wydaje się to zgodne z wynikami wcześniejszych analiz potocznych kryteriów zdrowia. Pokazały one, że jakkolwiek pojmowane choroby (tak w sensie medycznym jak i potocznym) nie są jedynymi zjawiskami, które bierzemy pod uwagę myśląc o stanie zdrowia. Sam fakt choroby nie jest czynnikiem wystarczającym do negatywnej oceny zdrowia. Różne badania skłaniają do wniosku, że na obniżenie autooceny wpływa zwłaszcza siła dyskomfortu odczuwanego w związku z problemami zdrowotnymi (nie koniecznie chorobami), ale przede wszystkim ilość problemów, które zauważa u siebie dana osoba.

Aktualny a przewidywany stan zdrowia

Powracając do badań reprezentacji pracowników przemysłu należy przypomnieć, że pojawiło się tam pytanie dotyczące przewidywań, w jaki sposób respondenci oceniają swój stan zdrowia za kilka najbliższych lat. Spośród ogółu odpowiadających na to pytanie¹² 6% odpowiedziało, że stan ich zdrowia ulegnie poprawie, 53% - że pogorszeniu, a 41% - że nie zmieni się¹³. Zestawienie tych przewidywań z oceną aktualnego stanu zdrowia przedstawia tab. 25.

¹²"Jak P. przewiduje, co będzie się działo z P. zdrowiem w najbliższych latach (poplepsi się, pogorszy się, nie zmieni się)?"

¹³ Spośród uwzględnionych zmiennych strukturalnych (płeć, wiek, wykształcenie, stanowisko, miejsce zamieszkania) jedynie zmienna wieku w znaczący sposób różnicowała oceny badanych ($p < 0,001$; $C = 0,22$). Od najmłodszej do najstarszej grupy wiekowej częstość przekonania o stabilizacji oceny stanu zdrowia systematycznie spada z 56 do 34%, natomiast o pogorszeniu się tej oceny wzrasta z 31 do 62%. Przekonanie o poprawie zdrowia wśród osób w wieku poniżej 24 lat utrzymuje się na poziomie 13%, natomiast w pozostałych, starszych już grupach waha się w granicach 4-5 pkt.proc.

Tabela 25

Stan zdrowia w autoocenie reprezentacji pracowników przemysłu w relacji do ich przewidywań na temat zmian tego stanu (w %)

Przewidywane zmiany	Wynik autooceny				Ogółem
	bardzo dobre	raczej dobre	raczej słabe	bardzo słabe	
poprawa	2	4	10	5	6
pogorszenie	25	52	63	64	53
brak zmian	73	44	27	31	41
Ogółem (100%) N=	122	923	384	36	1465

$p < 0,001$ $C = 0,25$

Z przedstawionych danych wyraźnie wynika, że osoby wyżej oceniające aktualny stan swojego zdrowia znacznie częściej niż osoby niżej go oceniające przekonane są, że stan taki będzie się utrzymywał również za kilka lat. Ponadto znacznie rzadziej osoby te skłonne są uważać, że ich stan zdrowia mógłby ulec pogorszeniu. Tymczasem respondenci przyznający sobie gorszy wynik autooceny wyrażają odwrotne przekonania - znacznie rzadziej oczekują stabilizacji w swoim stanie zdrowia a jednocześnie znacznie częściej oczekują jego pogorszenia. Zjawiska tego nie rekompensuje chyba fakt, że osoby z tej drugiej grupy częściej liczą na poprawę swojego stanu zdrowia - dotyczy on bowiem nieznacznej, kilkuprocentowej kategorii osób.

Opisane relacje aktualnej i przewidywanej autooceny stanu zdrowia jeszcze wyraźniej ujawniły się w przywoływanych wcześniej badaniach reprezentacji społeczeństwa polskiego (Psychospołeczne uwarunkowania: 1995). Badania te pokazały ponadto zależność pomiędzy ogólną autooceną zdrowia a oceną stanu własnego zdrowia w porównaniu ze zdrowiem innych osób w zbliżonym wieku ("Jak P. ocenia swoje zdrowie w porównaniu ze zdrowiem innych osób w P. wieku?"). Związki te prezentuje tab. 26.

Tabela 26

Ocena stanu własnego zdrowia w porównaniu z innymi osobami w zbliżonym wieku a ogólna autoocena zdrowia (w %).

Ocena w porównaniu z innymi w zbliżonym wieku	Ogólna ocena zdrowia				Ogółem
	bardzo dobre	raczej dobre	raczej słabe	bardzo słabe	
raczej lepsze	59	22	10	11	19
takie samo	39	72	29	8	51
raczej gorsze	2	6	61	8	30
N = 100%	106	1032	668	123	1928

Jak można zauważyć, ok. 95% oceniających swoje zdrowie jako dobre jest jednocześnie przekonanych, że jest ono lepsze lub takie samo jak innych osób w zbliżonym wieku. Natomiast u 60-80% oceniających swoje zdrowie jako słabe ocena ta zbiega się z przekonaniem, że inne osoby w zbliżonym wieku są w uprzywilejowanej pozycji gdy idzie o stan zdrowia.

U osób, które uznają, że ich zdrowie jest gorsze niż stan zdrowia rówieśników częściej również pojawia się przekonanie o spodziewanym pogorszeniu tego zdrowia w najbliższych latach, co pokazuje tab. 27. O ile wśród badanych wyrażających pogląd, że posiadają lepszy stan zdrowia od rówieśników odsetki oczekujących pogorszenia jak stabilizacji zdrowia są wyrównane, to w grupie respondentów sytuujących siebie w relacji do innych na gorszej pozycji oczekujący stabilizacji stanowią zaledwie 20%, podczas gdy przekonani o pogorszeniu się ich zdrowia stanowią aż 75%.

Tabela 27

Przewidywania dotyczące przemian stanu własnego zdrowia a jego ocena w porównaniu ze stanem zdrowia innych osób w zbliżonym wieku /w %/

Przewidywane zmiany stanu zdrowia	Ocena własnego zdrowia w porównaniu z rówieśnikami			Ogółem
	raczej lepsze	takie samo	raczej gorsze	
polepszy się	7	4	5	7
nie zmieni się	45	38	20	34
pogorszy się	48	58	75	59
N = 100%	351	921	540	1812

Badania obu reprezentacji (pracowników przemysłu i dorosłej części społeczeństwa) ujawniają zatem zjawisko kumulowania się negatywnych aspektów autooceny zdrowia. Oznacza to, że im gorzej oceniamy swoje zdrowie, tym częściej sądzimy, że jest ono gorsze niż innych osób w zbliżonym wieku. Jednocześnie oba te przekonania sprzyjają oczekiwaniu pogorszenia się w okresie kilku najbliższych lat i tak słabego już zdrowia. I chociaż zjawisko to dotyczy relatywnie wąskiej grupy osób, to zbiega się z innymi, niekorzystnymi z punktu widzenia zdrowia wyznacznikami pozycji społecznej: niską oceną własnej sytuacji materialnej, niskim wykształceniem, starszym wiekiem, a często gorszym stanem zdrowia ocenianego w kategoriach medycznych.

PODSUMOWANIE

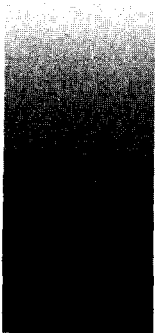
Przeprowadzona wyżej analiza danych dotyczących potocznej autooceny stanu ogólnie pojętego zdrowia pokazała, że ok. 2/3 badanych osób z różnych zbiorowości społecznych wyraża akceptację posiadanego zdrowia, wykazując tendencję do określania go jako średnie, dobre lub

bardzo dobre. Gdy nie mają możliwości jego oceny jako "średnie", w zdecydowanej większości wybierają dobrą ocenę.

Jeżeli pozostajemy na gruncie takich skojarzeń, gdzie zdrowie oznacza przeciwieństwo choroby i dolegliwości, to inne z przywołanych ustaleń skłaniać mogą do odmiennych wniosków. Równie powszechne jak pozytywna ocena ogólnie pojętego zdrowia okazują się bowiem potoczne przekonania o posiadaniu licznych chorób i dolegliwości.

Zestwienie obu typów ustaleń można odczytać jako argument na rzecz przedstawionej wielokrotnie tezy o wielowymiarowości pojęcia zdrowia w myśleniu potocznym. Okazuje się, że niska ocena wąsko wyodrębnionych, choć nawet ważnych obszarów stanu zdrowia (tu w zakresie chorób i dolegliwości) u znacznej grupy osób nie powoduje odrzucenia dobrej oceny zdrowia pojętego ogólnie. W kontekście tym rodzi się jednak pytanie o mechanizm koegzystencji obu typów przekonań. Zgromadzone dane nie pozwalają udzielić tu zweryfikowanej odpowiedzi. Można jedynie przypuszczać, że posiadane dolegliwości nie obniżają w drastyczny sposób ogólnej autooceny zdrowia z tego względu, że kompensowane są przez obecność innych, wysoko ocenianych aspektów tego zjawiska. Być może potocznie akceptowane granice dobrego zdrowia są na tyle elastyczne, że dopuszczają obecność przywoływanego dolegliwości, co w jakimś stopniu odpowiadałoby takiej wizji omawianego pojęcia, którą cytowana C.Herzlich określiła jako *equilibrium*. A może jest tak, że przekonania o posiadaniu dolegliwości i o dobrym stanie zdrowia funkcjonują w świadomości poszczególnych osób w sposób niezależny od siebie i często nie są one wzajemnie uzgadniane? Póki co, brakuje jednak danych by rozstrzygnąć tego typu problemy.

Bardziej generalna konkluzja z przytoczonych w tej części ustaleń (dotyczących także problemu zgodności potocznych i medycznych opcji) jest taka, że dokonywana "z zewnątrz" badanego podmiotu ocena jego stanu zdrowia bardzo często może różnić się z jego subiektywnym punktem widzenia, u podstaw czego leży głównie nieznamość kryteriów oceny, jakimi posługuje się ów podmiot oraz zawartych w jego świadomości mechanizmów stosowania tych kryteriów.



CZEŚĆ VII

ZAKOŃCZENIE. ŚWIADOMOŚĆ ZDROWOTNA A ZACHOWANIA ZWIĄZANE ZE ZDROWIEM

UWAGI WSTĘPNE. MODEL PRZEKONAŃ ZDROWOTNYCH I JEGO KRYTYKA

W obecnej części, stanowiącej podsumowanie głównego wątku prowadzonych analiz, chcę spojrzeć na potoczną świadomość zdrowotną jako na zbiór danych służących rozumieniu i wyjaśnianiu zachowań związanych ze zdrowiem. Nie idzie przy tym o poszukiwanie związków statystycznych pomiędzy poszczególnymi ustaleniami prezentowanych badań a zachowaniami zdrowotnymi badanych osób (zakładając nawet taką możliwość), ale o teoretyczną refleksję dotyczącą użyteczności gromadzonych w tych badaniach danych dla zrozumienia omawianych zachowań.

Mało kto kwestionuje fakt, że na zachowania związane ze zdrowiem wpływa w znaczący sposób to, co o zdrowiu myśli podmiot tych zachowań, w związku z czym raczej nie jest podważana potencjalna użyteczność rozpoznania treści świadomości zdrowotnej dla wyjaśniania ludzkiego postępowania w omawianym obszarze. Tym niemniej, co było już sygnalizowane, nie uzyskano dotąd zadowalających osiągnięć w wykorzystaniu

danych dotyczących potocznego myślenia o zdrowiu ani w ich funkcji eksplanacyjnej, ani predykcyjnej. Konkluzja z przeglądu zachodnich badań, jakiego dokonuje np. J.Kirsht (1988), dotyczących relacji pomiędzy przekonaniami zdrowotnymi a zachowaniami jest taka, że uwzględniane elementy świadomości wpływają w jakiś sposób na zachowania stanowiące przedmiot uwagi, ale trudno określić, jakie elementy i na jakie zachowania¹.

Powyższa konkluzja odnosi się do badań opartych o uznawany za najbardziej rozwinięty teoretycznie model opisu świadomości zdrowotnej w relacji do zachowań, jakim jest wspomniany wcześniej model przekonań zdrowotnych (HBM - Health Belief Model).

Jak zauważa przywołany J.Kirsht, teoretyczna struktura omawianego modelu nie została nigdzie przedstawiona w wyraźny sposób. Model ten powstał w wyniku inspiracji praktycznych - służyć miał przewidywaniu konkretnych zachowań profilaktycznych oraz potrzebom edukacji zdrowotnej - daleki był natomiast od standardów akademickich. Autorzy omawiający ów konstrukt teoretyczny zgodni są, że skupia on cztery podstawowe grupy zmiennych. W ramach dwóch pierwszych mieszczą się zagadnienia subiektywnej interpretacji postrzeganych przez jednostkę zagrożeń jej zdrowia i oczekiwanych przez nią skutków tych zjawisk. W zakresie dwóch pozostałych umieszczone zostały potoczne przewidywania korzyści i strat związanych tak z podjęciem działania na rzecz zdrowia, jak z brakiem działania. Szczegółowy sposób opisu zmiennych w poszczególnych grupach u każdego z autorów komentujących omawiany model wygląda jednak nieco inaczej (por. np. Becker: 1985; Kirsht: 1988).

To zróżnicowanie zawartości modelu wiąże się m.in. z faktem, że jest on stosowany w próbach poszukiwania wyjaśnień bardzo różnych zachowań, choć skonstruowany został dla przewidywania konkretnych działań - polegających na poddawaniu się medycznym badaniom diagnostycznym, a później stosowaniu się do zaleceń lekarza. Szybko jednak został uznany za tak uniwersalny, by mógł być, po odpowiednich modyfikacjach i uzupełnieniach, wykorzystywany w kontekście innych zachowań

¹ Podobny wniosek formułuje M.Marody (1987, s.20) w odniesieniu do całego obszaru badań ustalających relacje pomiędzy postawami a zachowaniami: "[...]teoria postaw i wartości jako teoria działania jest w stanie dostarczyć nam tylko jednego, dość banalnego twierdzenia, tego mianowicie, że czasami aprobatą konkretnych wartości lub posiadanie określonych postaw prowadzi do działań z nimi zharmonizowanych, czasami zaś nie".

zdrowotnych. Możliwość rozszerzenia pierwotnych zastosowań tego modelu bierze się przede wszystkim stąd, że posiada on charakter addytywny. Pozwala włączać w swoje struktury większość spośród tych zmiennych, które samodzielnie pojawiają się w badaniach świadomości zdrowotnej. Ta cecha modelu przekonań zdrowotnych sprawia, że często mówi się już nie tyle o "modelu", ile po prostu o przekonaniach zdrowotnych, wprowadzając w ich zakresie różnego typu strukturalizacje, bardziej lub mniej odległe od pierwotnego wzorca.

Dość duża dowolność w sposobach ustrukturywania przekonań zdrowotnych w ramach teoretycznych modeli wzorujących się na HBM wynika chyba z braku jasności co do relacji zachodzących pomiędzy myśleniem a działaniem, tzn. braku określenia, jakie konkretne warunki muszą zostać spełnione aby dane przekonanie prowadziło do odpowiadającego mu zachowania. Jest to oczywiście problem nie tylko psychologii czy socjologii zdrowia, ale całej psychologii społecznej. Sam HBM operuje tu ogólną kategorią psychologicznej gotowości do działania. Uznaje się w nim jedynie, że przekroczenie pewnego progu świadomości czyni zachowanie wysoce prawdopodobnym (oczywiście przy spełnieniu różnych dodatkowych warunków leżących poza świadomością zdrowotną). Dodatkową niejasnością jest tu również brak określenia, jakie relacje zachodzą pomiędzy poszczególnymi elementami przekonań składających się na całość modelu.

Podejmowane w zachodniej socjologii zdrowia i medycyny próby doskonalenia wyjaśnień zachowań poprzez odwołanie się do przekonań zdrowotnych idą oczywiście w parze z krytyką istniejącego stanu rzeczy w tym zakresie. Wyróżnić tu można trzy główne nurty tej krytyki i postulowanych zmian.

Pierwszy wskazuje na potrzebę uściśleń wyjaśnianego przedmiotu, a więc wieloznacznej (np. Gochman: 1988a, Puchalski: 1989a, 1990a) kategorii zachowań zdrowotnych. Okazuje się, że rozpoznawane w badaniach elementy przekonań zdrowotnych znacznie lepiej wyjaśniają konkretne, sporadycznie podejmowane celowe działania, zwłaszcza realizowane w systemie opieki medycznej (np. podjęcie leczenia w sytuacji choroby, poddanie się badaniom profilaktycznym) niż jakieś zachowania bardziej trwałe, mniej związane z diagnozowaniem i leczeniem, bardziej natomiast ze wspomaganie czy umacnianie zdrowia poza instytucjami medycznymi. Można zatem pokusić się o tezę, że HBM zachowuje w jakimś stopniu

swoją użyteczność w paradygmacie socjomedycznym, w którym został utworzony, traci natomiast adekwatność w stosunku do potrzeb paradygmatu socjoekologicznego, zainteresowanego wyjaśnianiem i przewidywaniem znacznie szerszego spektrum zachowań niż te, które realizowane są wokół instytucji medycznych. Dla zwiększenia użyteczności badania przekonań zdrowotnych wspomniany J.Kirsht postuluje, aby dalsze prace analityczne szły w kierunku wyodrębniania względnie jednorodnych typów zachowań i ustalania tych przekonań, które najsilniej związane są z danym typem zachowania. Innymi słowy, idzie o większą precyzję w definiowaniu przedmiotu uwagi - nie zachowania i przekonania w ogóle, ale określone zachowania i określone przekonania.

Drugi, najbardziej chyba rozpowszechniony nurt krytyki zmierza w kierunku rozszerzenia zakresu zmiennych wyjaśniających, a więc uwzględniania większego spektrum przekonań². Ważne jest, że idzie tu nie tylko o przekonania, których przedmiotem jest zdrowie, ale o wprowadzenie w zakres modelu także tych zmiennych, które obejmują myślenie o poza-zdrowotnej rzeczywistości. Twierdzi się, że o wielu zachowaniach zdrowotnych decydują również inne motywy niż zdrowie. Stąd np. jako uzupełnienie HBM traktowany jest Behavioral Intention Model, zgodnie z którym o podjęciu działania decyduje subiektywne postrzeganie przez daną jednostkę norm społecznych i jej przekonanie, czego inne, ważne dla niej osoby oczekują w danej sytuacji (zob. np. Becker: 1985). Innym popularnym, bardziej psychologicznym uzupełnieniem HBM jest przywoływany już Locus of Control Model (Lau: 1988), w którym podjęcie zachowań uzależnia się od stopnia przekonania jednostki, że ona sama posiada duży wpływ na przebieg własnego życia, w tym także w sferze zdrowia.

Szczególnie interesującym z punktu widzenia prezentowanej pracy wydaje się trzeci nurt, którego przedstawicielem jest m.in. R. Pill (1991). Tutaj uważa się, że przyczyną niepowodzenia dokonywanych wyjaśnień jest przede wszystkim fakt, że w badaniach przekonań zdrowotnych raczej nie pyta się o to, co myślą badane osoby, ale czy myślą w taki sposób, w jaki, zdaniem badaczy, powinny myśleć³. Narzuca się im - tak w narzędziach badawczych jak interpretacjach danych - obce im problemy, kategorie widzenia rzeczywistości i sposoby jej racjonalizowania. Tym samym kon-

² Oczywiście jest sprawą, że postuluje się również łączenie wyjaśnień dokonywanych w oparciu o świadomość podmiotów działania z wyjaśnieniami opartymi na innych danych.

struuje się mało adekwatne w stosunku do rzeczywistego przebiegu nieprofesjonalnego myślenia modele świadomości potocznej⁴.

R. Pill nie neguje użyteczności dla potrzeb makro i mikro polityki zdrowotnej różnego typu danych uzyskiwanych w badaniach surveyowych. Tym niemniej twierdzi, że ukazują one jedynie bliżej nie określoną powierzchowność, którą trudno powiązać z zachowaniami skierowanymi na zdrowie. W związku z tym postuluje potrzebę "głębokich", jakościowych analiz potocznego myślenia o zdrowiu, prowadzonych w odniesieniu do różnych grup społecznych. Twierdzi, że być może pozwolą one ujawnić jakieś trwałe, ukryte przed technikami ilościowymi podstawy potocznych wizji zdrowia, które stanowią jakgdyby fundament dla przekonań wywoływanych w sondażach - przekonaniach, których stopień ugruntowania w świadomości badanych pozostaje cały czas niejasny, a nawet wątpliwy.

Powyższe konkluzje w dużym stopniu zbieżne są z tezami prezentowanymi w tej pracy, zwłaszcza we fragmentach, gdzie mówi się o powierzchowności danych z badań surveyowych, ich zdeformowaniu przez założenia profesjonalne i niejsnych wzajemnych powiązaniach. Zagadnienia te będą zatem kontynuowane.

MYŚLENIE POTOCZNE CZYLI O GRZE W KOŚCI

W ostatnich czterech częściach pracy usiłowałem pokazać przyjmowane przez nas - badaczy świadomości zdrowotnej - założenia, które w swojej większości bądź to pomijają problem specyfiki złożoności potocznego myślenia o zdrowiu, bądź przypisują nieprofesjonalistom sposoby rozumowania właściwe refleksji profesjonalnej. Idzie tu zarówno o profesję medyczną, której wpływ ujawniał się głównie w odniesieniu do pojęcia zdrowia, jak i o pewne schematy myślenia badaczy społecznych, które wpływały zwłaszcza na konceptualizację pojęcia świadomości potocznej. Starłem się również pokazać, co dało się dostrzec dopiero na podstawie wzajemnego zestawienia różnych wyników badań empirycznych,

³ Ten sposób rozumowania zbieżny jest z sygnalizowaną już krytyką badań wiedzy potocznej prezentowaną przez M.Marody.

⁴ Adekwatność, o której mowa, co podkreśla R.Pill, jest oczywiście różna w zależności od stopnia przyswojenia profesjonalnych wizji zdrowia w myśleniu różnych grup społecznych.

że analizowane myślenie potoczne jest znacznie bardziej złożone niż uwzględniają to zaprezentowane założenia i że treści zawarte w tym myśleniu częstokroć odbiegają od profesjonalnych wyobrażeń na ich temat. Ponadto sygnalizowałem, co m.in. sugerowały dyskusje toczące się wokół HBM, że brak jest schematu teoretycznego pozwalającego porządkować różnego typu dane z zakresu świadomości zdrowotnej w całość dynamiczną i nie gubiącą istoty nieprofesjonalnego myślenia.

W tym miejscu chcę przedstawić propozycję konstruktu teoretycznego, który być może pozwoli ukierunkować dalsze poszukiwania adekwatnych sposobów opisu potocznej świadomości zdrowotnej, nie dokonującego przy tym nazbyt daleko idących jej zniekształceń. Myślę, że postulowany model pozwoli również wyjść poza opis i będzie mógł zostać wykorzystany w poszukiwaniach służących wyjaśnianiu i przewidywaniu zachowań związanych ze zdrowiem, a także w próbach doskonalenia edukacji zdrowotnej.

A l e a i a c t a e s t

Przywoływane analizy myślenia potocznego autorstwa St. Ossowskiego i T. Hołówki skłaniają do takiego spojrzenia na omawiany typ refleksji, dla którego dobrą analogią wydają się kości do gry. Analogię tę, być może, można by było próbować tworzyć w stosunku do ogółu świadomości potocznej, tu jednak ograniczona zostanie do obszaru nieprofesjonalnego myślenia o zdrowiu.

Zgodnie z proponowanym modelem potoczne myślenie o zdrowiu, w wymiarze zawartych w nim treści, to puszczone w ruch kości do gry, z których każda porusza się we własnym kierunku i z własną dynamiką. Czasem jednak ruch jednej uzależniony jest od ruchu innych. Jedne obracają się szybciej, inne wolniej, przyspieszają i zwalniają. Niektóre z nich wyraźnie eksponują w obszarze widzenia swoje pola, na dłuższy lub krótszy czas. Jedno pole potrafi przysłonić pozostałe. Inne kości, lub te same w innym czasie, obracają się i ustawiają na krawędziach i rogach, ukazując kilka pól jednocześnie, ale w mało wyraźny sposób. Niektóre spośród kostek spadają na jakiś czas ze stołu, w związku z czym wypadają z gry. W pewnych sytuacjach wracają jednak z powrotem, czasem uderzając

przy tym o inne, zmieniając ich położenie i dynamikę. Reguły gry są niezbyt klarowne, kości nierówne i stół, po którym się toczą jest pełen niespodzianek.

Obszar, po którym poruszają się kostki to świadomość jednostki, jej aktualny subiektywny obraz rzeczywistości. Siły wprawiające je w ruch, decydujące w dużym stopniu o jego kierunku i prędkości, poruszające nie-raz całym stołem, to cechy sytuacji, w jakich znajduje się dana osoba. Same zaś kostki odpowiadają wyróżnionym i opisywanym w kolejnych częściach pracy aspektom znaczeniowym zdrowia.

Pierwsza kostka na swoich polach rozmieszczone ma różnego typu sądy dotyczące wartości zdrowia, analizowane wcześniej na podstawie zgromadzonych ustaleń z badań empirycznych. Na drugiej znajdują się odmienne kryteria zdrowia i choroby (choć być może dla choroby należałoby wyodrębnić osobną kostkę). Pola kolejnej odzwierciedlają bardzo zróżnicowane przekonania na temat uwarunkowań stanu zdrowia. Ostatnia grupuje potencjalne wyniki autooceny.

Widoczne w danym czasie układy pól pojawiające się w zbiorze tych dynamicznych kości, ukazane w dodatku na tle całego stołu - aktualnego w tym czasie pola świadomości w ogóle - tworzą obraz rzeczywistości związanej ze zdrowiem, jakim kieruje się dana jednostka. Jest to jej świadomość zdrowotna - tym bardziej rozbudowana, im więcej kości jest w grze, tym wyraźniej określona, im lepiej wyeksponowane są poszczególne ich pola. Wypadnięcie jakichś kości poza stół to brak aktualnej refleksji na temat odzwierciedlonych na nich aspektów zdrowia, to obszary "nieświadomości zdrowotnej".

Zgodnie z proponowanym tu modelem świadomość zdrowotna jednostki jest zatem dynamiczną strukturą złożoną z mniejszej lub większej ilości elementów - przekonań o różnej sile uznania, jasności wyartykułowania, różnym stopniu i sposobie powiązania z innymi przekonaniami występującymi w tej strukturze. W danym momencie czasowym, w określonych okolicznościach, aktualizuje się tylko jakaś część tej struktury. Inne przekonania pozostają natomiast w ukryciu - są zdominowane przez te, które uległy aktualizacji. Zmieniona sytuacja, w jakiej znajdzie się dana jednostka, w tym także zmiana jakichś ważnych pozazdrowotnych aspektów jej świadomości, doprowadzić może do zmiany aktualnie uświada-

mianych przekonań w zakresie zdrowia - do zmiany pól na poszczególnych kostkach, do pojawienia się jednych a wypadnięcia innych kostek, do zbliżenia się lub oddalenia jednych od drugich itp.

Szybkość i trwałość przemian poszczególnych elementów opisywanej struktury jest oczywiście różna. Jedne z przekonań cechują się łatwą podatnością na zmiany, prawdopodobnie są mniej wyraźne a przez to bardziej dynamiczne, inne natomiast posiadają silnie ugruntowany charakter. Są wśród opisywanych treści takie, które w istotny sposób wpływają na inne, tworząc wspólnie bliskie sobie zespoły znaczeń. Są także przekonania, które raczej nie są wzajemnie konfrontowane i uzgadniane, które funkcjonują w dużym stopniu niezależnie od innych. Aktualizowane w danym czasie treści świadomości zdrowotnej, tak bardziej złożone struktury jak i odosobnione przekonania, cechują się ponadto różnym stopniem zgodności z aktualnymi treściami pozazdrowotnego myślenia, w różnym stopniu odpowiadają przekonaniom danej osoby nie odnoszącym się bezpośrednio do zdrowia.

Niektóre z konfiguracji przekonań tworzących się w danych sytuacjach ze względu na swoją treść pojęciową i emocjonalną zapewne sprzyjają podejmowaniu i realizacji działań związanych ze zdrowiem. W sprzyjających okolicznościach mogą wywoływać określonego rodzaju działania, motywować do nich. Siła tej motywacji będzie prawdopodobnie różna w zależności od treści pojawiających się na polach kostek obecnych w obszarze widzenia. Inne układy pól opisywanej struktury będą chyba ze swej istoty zmniejszać prawdopodobieństwo działania, a nawet sprzyjać umocnieniu motywacji do nie podejmowania zachowań skierowanych na zdrowie. Wydaje się, że oprócz samych treści myślenia ważną rolę w stymulowaniu działania posiada tu także stopień rozbudowania świadomości zdrowotnej. Im więcej aspektów zdrowia pojawia się w obszarze uwagi, tym bardziej wzrasta zainteresowanie zdrowiem, tym bardziej prawdopodobne staje się uczynienie go obiektem działania.

Sądzę, że przedstawiony tutaj schemat opisu potocznego myślenia o zdrowiu pozwala w przybliżony sposób zrozumieć współwystępowanie i zmienność tych wszystkich, często sprzecznych ze sobą przekonań, które ujawniły się we wcześniejszych analizach materiału empirycznego. Uważam również, że brak uwzględnienia takiej właśnie wizji

świadomości potocznej jest podstawową przyczyną niepowodzeń w rozumieniu i wyjaśnianiu zachowań zdrowotnych, co zdaje się znajdować potwierdzenie w przedstawionej krytyce HBM. Jako badacze świadomości w kontekście zachowań związanych ze zdrowiem jesteśmy nazbyt chyba przywiązani do poszczególnych częściowych ustaleń, nie dostrzegamy, że razem z rozpoznanymi przekonaniem mogą współwystępować inne, które nie zostały rozpoznane, że w sytuacjach życia codziennego, a nie sondażu socjologicznego, mogą one zdominowywać nasze ustalenia. Nazbyt upraszczamy badaną przez nas rzeczywistość, co wynika ze słabości teoretycznej refleksji na jej temat - refleksji, którą w jakimś skromnym zakresie usiłowałem podjąć w przedstawionych analizach.

Postulowane kierunki badań

W pełni zdaję sobie sprawę z niezwykle dużej powierzchowności przedstawionego schematu spojrzenia na potoczne myślenie o zdrowiu. Jestem jednak również przekonany, że jego dokładniejsza charakterystyka wymaga jeszcze wielu studiów teoretycznych, empirycznych analiz i przemyśleń. Traktuję zatem przedstawiony opis jako sygnalizowaną drogę dla przyszłych poszukiwań zmierzających do wypracowania dojrzałego modelu opisu potocznej świadomości zdrowotnej.

Sądzę, że dalsze badania, o których mowa, powinny pójść w dwóch zasadniczych, aczkolwiek powiązanych, kierunkach. Pierwszy polega na doskonaleniu samego opisu funkcjonowania potocznego myślenia o zdrowiu (na tle potocznej świadomości w ogóle). Drugi zmierza do powiązania myślenia i działania.

Gdy idzie o pierwszy kierunek poszukiwań to należałoby chyba jeszcze raz zweryfikować trafność wyboru wartości, kryteriów, autooceny i uwarunkowań zdrowia (choroby) jako najważniejszych elementów pola semantycznego omawianego pojęcia. Wybór ten został przecież dokonany głównie na bazie analiz myślenia profesjonalnego. Być może samej chorobie należy poświęcić nieco więcej miejsca i zarezerwować dla niej w proponowanym modelu jakieś osobne kości. Być może również postrzeganie wartości oraz uwarunkowań stanu zdrowia należałoby rozdzielić na kilka

bardziej precyzyjnie określonych kostek. Innymi słowy, jest to pytanie o zakres i pogrupowanie zmiennych wchodzących w skład modelu. Jest ono w dużej mierze problemem empirycznym, a w poszukiwaniu jego rozwiązań szczególnie użyteczne wydają się różne warianty tzw. miękkich metod badawczych, zastosowanych do badania myślenia tych osób, które posiadają rozbudowaną świadomość zdrowotną. W innym przypadku obszary nieświadomości zdrowotnej mogłyby przeszkodzić w skonstruowaniu modelu teoretycznego, którego zakres powinien przecież objąć jakiś idealny stan rzeczy.

W dalszej kolejności istnieje potrzeba określenia tych treści, jakie winny zostać umieszczone na polach wyodrębnionych kostek. Idzie zatem o ustalenie poszczególnych wartości w zakresach zmiennych uwzględnianych w modelu. Muszą to być treści typowe dla myślenia potocznego, rozpoznane poprzez analizę tej refleksji "od wewnątrz", bez narzucania a priori jakichś gotowych kategorii. Jednocześnie, jeśli model służyć ma nie tylko opisowi świadomości ale i wyjaśnianiu zachowań, powinny one pozostawać w istotnych związkach empirycznych z odpowiadającymi im działaniami. Wydaje się, że dokonanie tego rodzaju ustaleń możliwe będzie jedynie wtedy, gdy równolegle prowadzone będą badania tak zachowań, jak i treści myślenia towarzyszących tym zachowaniom u poszczególnych osób, oraz gdy uwaga skoncentrowana zostanie głównie na aktualnych interpretacjach zachowań zdrowotnych dokonywanych przez ich podmiot. Z tym oczywiście wiązą się dodatkowe problemy metodologiczne (zob. Ossowski: 1967, s. 15-40).

Adekwatne powiązanie myślenia z działaniami możliwe chyba będzie dopiero wtedy, gdy przejdziemy od poszukiwań związków pomiędzy określonym zachowaniem a pojedynczym, wyodrębnionym aspektem świadomości zdrowotnej w kierunku uwzględnienia konfiguracji wzajemnie współwystępujących przekonań towarzyszących danemu działaniu. Badania związków behawioru i wiedzy powinny zatem zostać poprzedzone gruntownymi analizami reguł funkcjonowania samej świadomości zdrowotnej jako pewnej całości. Idzie przede wszystkim o ustalenie różnego typu wzajemnych relacji (przy uwzględnieniu ich dynamiki) pomiędzy treściami rozmieszczonymi na polach kostek opisujących omawianą świadomość.

Szczególnie ważnym, aczkolwiek niezwykle trudnym zadaniem

będzie w powyższym kontekście ustalenie zasad dynamiki wypełnionego treścią modelu oraz uwarunkowań tej dynamiki. Idzie tu m.in. o zbadanie, czy i jak jedne spośród przekonań zdrowotnych oddziałują na inne - na ich wyrazistość, siłę uznania, trwałość w czasie itp. Warto byłoby również próbować powiązać przekonania zdrowotne z innymi przekonaniem, dotyczącymi innych ważnych dla człowieka spraw. Zgłosić tu trzeba także bardzo istotny postulat "usocjologicznienia" zarysowanej koncepcji potocznego myślenia o zdrowiu. Idzie o określenie warunków społecznych stymulujących kształtowanie się oraz aktualizację danych przekonań, warunków utrwalających określone treści wiedzy zdrowotnej, sprzyjających ukrywaniu się innych treści itp.

Ogólnie można stwierdzić, że postulowane prace badawcze powinny pójść w tym kierunku, jaki S.Nowak (1985) proponował w stosunku do koncepcji osobowości ludzkiej przedstawionej w pracach St.Ossowskiego zawartych w dziele "Z zagadnień psychologii społecznej". Idzie o przekształcenie też o charakterze koncepcji w teorię. Jeśli jednak tamta koncepcja jest już gotowa, to tu wymaga jeszcze znacznego nakładu pracy.

W STRONĘ PRAKTYKI. PROBLEM NIEDZIAŁANIA ZDROWOTNEGO.

Prowadzone analizy pojęcia zdrowia wykazywały, że w dotyczących go rozważaniach niezwykle trudno jest uniknąć wyrażania ocen co do zjawisk opisywanych tym pojęciem. Trudno również, co wiąże się z tymi ocenami, pominąć zagadnienia praktycznych działań mających na celu wspomaganie pozytywnie ocenionych aspektów zdrowia oraz eliminację uznanych za negatywne. Pojęcie to, o czym była już mowa, zawiera bowiem w sobie moralny imperatyw sprzyjania opisywanemu w nim dobru, imperatyw działania na rzecz dobrego zdrowia. Stąd i tutaj pojawiają się rozważania, które przyczynić się mogą do prób doskonalenia działań edukacyjnych nakierowanych na uaktywnienie społeczeństwa w sferze zdrowia.

Działania podejmowane w kierunku prozdrowotnego kształtowania zachowań poprzedzane są z reguły pytaniem, dlaczego większość ludzi nie zachowuje się wobec zdrowia w taki sposób, w jaki powinni się

zachowywać? W dalszej kolejności pojawia się problem: co zrobić, aby zachowania te przybierały możliwie powszechnie pożądan⁵ kształt? W obszarze działań instytucji służących edukacji zdrowotnej społeczeństwa formułowane jest natomiast pytanie: co zrobić, aby potoczna świadomość zdrowotna sprzyjała prozdrowotnym zachowaniom możliwie szerokich kręgów społecznych? Szczególnie interesującym problemem, w warstwie teoretycznej, staje się zatem wyjaśnienie braku oczekiwanej aktywności jednostek na rzecz własnego zdrowia, natomiast w sferze praktyki określenie kierunków edukacji zdrowotnej społeczeństwa (zob. np. Becker: 1985).

Silne ugruntowanie w świadomości profesjonalnej kierowanego w stosunku do innych osób oczekiwania, że nie będą one bierne w stosunku do własnego zdrowia, że będą wykorzystywać możliwości sprzyjania własnemu zdrowiu, a jednocześnie masowo obserwowany brak spełnienia tego oczekiwania (zob. np. Zachowania zdrowotne: 1990) skłania do utworzenia specjalnej kategorii dla nazwania owej sytuacji.

Mianem "niedziałania zdrowotnego" określam ogólną klasę zachowań, które polegają na nie podejmowaniu działania skierowanego na zdrowie w tych wszystkich sytuacjach, w których działanie takie - zdaniem obserwatora - powinno zostać podjęte. Ów obserwator opiera swój sąd na przypisaniu podmiotowi działania motywacji zgodnej z własnymi regułami racjonalności oraz założeniu obecności w myśleniu obserwowanej osoby m.in. takich treści, które, jego zdaniem, powinny skłaniać ją do zachowania zdrowotnego.

Kategorię niedziałania zdrowotnego chcę odróżnić od zachowań określanych jako "antyzdrowotne" lub jako "niekorzystne zachowania zdrowotne". Aby działanie nazwać w ten właśnie sposób wystarczającym jest, że wskazane zostaną spodziewane jego następstwa potencjalnie szkodli-

⁵ W nawiązaniu do przywołanych wcześniej modeli edukacji zdrowotnej zauważyć należy, że słowo "pożądany" może tu oznaczać różne rzeczy. Z jednej strony, zgodnie z modelem "prewencyjnym", można je interpretować jako dążenie do możliwie ścisłego podporządkowania zachowań społeczeństwa zaleceniom formułowanym przez profesjonalistów z kręgu naukowej medycyny. Z drugiej, zgodnie z modelem "autokreacyjnym", może ono oznaczać ogólnie pojęte uaktywnienie jednostek i grup społecznych w sferze zdrowia, gdzie o wyborze konkretnych zachowań decyduje sam podmiot w oparciu o uznaną przez siebie wiedzę.

we dla zdrowia. W tym przypadku mało ważny jest podmiot tego działania, motyw jego postępowania oraz oczekiwania kierowane przez innych pod jego adresem. Istotny jest tylko spodziewany przez obserwatora skutek tego zachowania dla stanu zdrowia. Z inną sytuacją mamy natomiast do czynienia wtedy, gdy z jakichś względów oczekujemy od danej osoby zaprzestania zachowań antyzdrowotnych, bądź podjęcia innego typu postępowania sprzyjającego zdrowiu. Wówczas dokonujemy projekcji w obszar świadomości tej osoby owego imperatywu działania na rzecz zdrowia, a ponadto przypisujemy jej jakieś elementy wiedzy zdrowotnej, które, naszym zdaniem, są wystarczającą podstawą dla wyzwolenia motywacji do oczekiwanego działania. Jego brak powoduje, że możemy nazwać tę niezrozumiałą dla nas sytuację "niedziałaniem zdrowotnym".

Jako przykłady niedziałania zdrowotnego wskazać można: palenie tytoniu przez osobę znającą potencjalne szkodliwe tego następstwa (tzn. brak choćby prób zerwania z paleniem), pracę w warunkach narażenia zawodowego wykonywaną przez osobę wiedzącą o tych zagrożeniach, powstrzymywanie się od podjęcia leczenia przez człowieka widzącego u siebie chorobę, unikanie zaleconych działań ochraniających zdrowie w sytuacji znanego ludziom zagrożenia ekologicznego, czy wszelkie inne przejawy "lekceważenia zdrowia" przez osoby deklarujące wysoką jego wartość.

Wskazane przykładowo zachowania, podobnie jak inne zachowania związane ze zdrowiem, z całą pewnością trudno uznać za uwarunkowane wyłącznie treściami zawartymi w świadomości ich podmiotów, a tym bardziej jedynie ich świadomością zdrowotną. Tym niemniej chcę przyjąć, zgodnie z założeniami prezentowanego w tej pracy nurtu badawczego, że treści i sposób myślenia o zdrowiu (w tym także brak refleksji na jego temat) jest szczególnie istotnym wyznacznikiem postępowania wobec zdrowia. Idzie tu zwłaszcza o zachowania, które nie są realizowane w sposób zupełnie bezwiedny, którym towarzyszy bardziej lub mniej rozbudowana refleksja co do celu ich podjęcia, spodziewanych skutków itp.

Pozostając na gruncie tych założeń (a właśnie dopiero one pozwalają mówić o niedziałaniu zdrowotnym) i biorąc za podstawę wyniki przeprowadzonych wcześniej analiz myślenia potocznego chcę przedstawić argumentację na rzecz tezy, że brak jest wystarczających podstaw dla oczekiwania działań sprzyjających zdrowiu w opisanych wyżej sytuacjach,

a podstawową przeszkodą w zrozumieniu niedziałania zdrowotnego jest brak adekwatnego rozpoznania świadomości podmiotów oczekiwanych zachowań.

Jako obserwatorzy i interpretatorzy sytuacji niedziałania zdrowotnego opieramy się zazwyczaj na dwóch powiązanych założeniach. Po pierwsze przyjmujemy, że znamy treści zawarte w świadomości zdrowotnej obserwowanych podmiotów oraz, po drugie, że uwzględniamy te elementy wiedzy badanych osób, które wywierają najistotniejszy wpływ na sposób ich postępowania.

Spróbujmy przyjrzeć się pierwszemu ze wskazanych założeń. Przegląd wyników referowanych wcześniej badań pokazał, że trudno uznać je za wyczerpujący opis świadomości zdrowotnej społeczeństwa, ani tym bardziej poszczególnych jednostek. Owe wyniki przedstawiają jedynie wąsko wyodrębnione aspekty potocznej wiedzy o zdrowiu, którym towarzyszy cały szereg innych, jednakże nie rozpoznanych. Zgromadzone dane są w dużym stopniu wyabstrahowane z sytuacji życia codziennego - stanowią pochodną przyjmowanej przez badacza koncepcji zdrowia, zastosowanych technik badawczych, fragmentarycznego i statycznego ujęcia świadomości itp. Używając terminologii z zaproponowanego wcześniej modelu teoretycznego można powiedzieć, że **znamy treści wiedzy potocznej rozmieszczone na niektórych polach kostek, nie wiemy natomiast prawie nic na temat, jakie jeszcze inne treści znajdują się na pozostałych polach. Nie wiemy również, w jakich położeniach znajdują się poszczególne kostki i jak wpływają na pozostałe w danej sytuacji.** Uwagi powyższe odnoszą się nie tylko do wyników ujętych z osobna badań, ale także do ogółu przedstawionych w tej pracy ustaleń. Dokonane zestawienie różnorodnych wyników pozwoliło bowiem dostrzec raczej sam problem, niż dało jego rozwiązanie.

Drugie ze wskazanych założeń powoduje, że rozpoznane elementy świadomości zdrowotnej traktujemy jako podstawowe wyznaczniki działania. Słabo natomiast uwzględniamy fakt, że działanie, jak również brak działania, może wynikać z całkiem innych, nie rozpoznanych przez nas aspektów potocznego myślenia o zdrowiu. Wiąże się to nie tylko z nagminnym stosowaniem utartych schematów badania świadomości społecznej (np. ustalania hierarchii wartości, oceny poprawności wiedzy) i przy-

pisywaniem dużego znaczenia stwierdzanym w ten sposób przekonaniom w generowaniu zachowań, ale również z faktem, że niezwykle mało uwagi poświęcamy tym aspektom potocznego myślenia, które skłaniają do niepodjęmowania działań. Przyjmujemy nazbyt chyba aktywistyczną koncepcję człowieka, w związku z czym działanie traktujemy jako rzecz niejako naturalną, natomiast jego brak powoduje nasze zdziwienie.

Przeprowadzone analizy empiryczne dostarczyły podstaw aby przypuszczać, że w świadomości społecznej rozpowszechnione są przekonania, które w wielu sytuacjach skłaniać mogą do pasywnej postawy wobec zdrowia, do niedziałania zdrowotnego. Piszę "również" bo przytaczane wyniki badań ukazały szereg treści potencjalnie sprzyjających⁶ działaniom na rzecz zdrowia. Myślę jednak, potwierdzając tezy przedstawione przez R.Pill, że były to w większości przekonania wywołane sytuacją badania, uzależnione od profesjonalnych wizji rzeczywistości i zastosowanych narzędzi, a które w innych, codziennych sytuacjach pozostają raczej w stanie recesji niż dominacji.

W tym miejscu, w formie podsumowania, chcę jeszcze raz przytoczyć najważniejsze hipotezy dotyczące treści i sposobów potocznego myślenia o zdrowiu, które sprzyjać mogą "nieświadomości zdrowotnej", a co za tym idzie biernym postawom i niedziałaniu zdrowotnemu.

Gdy idzie o wartość potocznie przypisywaną zdrowiu to na szczególną uwagę zasługuje (potwierdzona m.in. cytowanymi ustaleniami A.Kubiak) hipoteza, że zdrowie jako ceniony obiekt nie występuje samodzielnie, ale w powiązaniu z innymi wartościami. Na szczytach hierarchii wartości lokuje się zatem nie tyle samo zdrowie, co zespół wzajemnie powiązanych i równocennych obiektów. Wydaje się zatem, że zdrowie jako wartość ma tym większe możliwości wyzwolenia motywacji do zachowań zdrowotnych, im bardziej zostanie wyeksponowane na tle całego syndromu rzeczy szczególnie cenionych przez daną osobę. Sądzić można ponadto, że wyeksponowanie zdrowia będzie tym lepsze, w im

⁶ Pomijam w tym miejscu problem empirycznej zasadności przyjmowanych relacji pomiędzy określonymi treściami myślenia a działaniami traktowanymi jako efekt owego myślenia. Póki co, z uwagi na niedostatki systematycznej wiedzy empirycznej z tego zakresu, zdani jesteśmy głównie na intuicyjnie akceptowane przeświadczenia co do wpływu danych elementów wiedzy na działania.

większym stopniu osiągnięte będą (w sensie subiektywnym) pozostałe wartości z omawianego syndromu. Przychylam się zatem do takiej koncepcji, zgodnie z którą o wartości zdrowia decyduje nie tyle takie czy inne umiejscowienie go w hierarchii obiektów uznawanych za konfliktowe, ile większe lub mniejsze przystąpienie go lub wyeksponowanie na tle innych celów o podobnym znaczeniu aksjologicznym. Sądzę, że właśnie takie ujęcie pozwala lepiej uzasadnić współwystępowanie zarówno deklaracji o najwyższej pozycji zdrowia wśród innych wartości, jak też o zdominowaniu go przez inne obiekty, co trudne byłoby przy zastosowaniu modelu hierarchicznego. Ono również pozwala tłumaczyć brak istotnych różnic w wartościowaniu zdrowia pomiędzy osobami w jakimś stopniu go pozbawionymi a zdrowymi. Poczucie braku zdrowia może bowiem zostać zdominowane przez przekonanie o nie spełnieniu jeszcze wielu innych, ważnych dla danej osoby celów życiowych.

W kontekście powyższych uwag formułować można hipotezę, że dla zrozumienia zachowań zdrowotnych znacznie większe znaczenie może mieć rozpoznanie nie tyle wartości przypisywanej samemu zdrowiu, ale przekonań związanych z innymi obiektami szczególnie cenionymi przez daną osobę. Warto byłoby również ujmować owe aksjologiczne preferencje mniej w formie abstrakcyjnej (czego badania niewiele już chyba wniosą w omawiany obszar wiedzy socjologicznej), ale w kontekście stopnia ich osiągnięcia - poczucia posiadania określonych wartości i pozbawienia innych.

Nieusystematyzowana obserwacja pozwala snuć przypuszczenia, że różnorodne działania na rzecz własnego zdrowia częściej pojawiają się w grupie osób z dominującym poczuciem osiągnięcia podstawowych wartości syndromu "bezpiecznego minimum egzystencjalnego" (zadowolonych z życia, posiadających poczucie stabilizacji), niż wśród jednostek pozbawionych owych wartości - nawet z poczuciem braku samego zdrowia. Dość powszechny w naszym społeczeństwie brak zaspokojenia wielu ważnych dążeń pozwala zatem zrozumieć, że wartość zdrowia zostaje zdominowana przez tamte wartości. Myślenie o zdrowiu jako o wartości zanika w takich sytuacjach, przechodzi w stan recesji. Mamy tu zatem do czynienia z obszarem nieświadomości zdrowotnej - ze świadomością sprzyjającą nie działaniom zdrowotnym.

Nieświadomość zdrowotna umacniana może być również przez

wiedzę dotyczącą autooceny stanu zdrowia, wyrażającą właśnie stopień osiągnięcia omawianej wartości. Obserwowana skłonność do zawyżania autooceny wydaje się sprzyjać odwróceniu uwagi od spraw zdrowia w kierunku innych celów życiowych. Poczucie posiadania dobrego zdrowia sprzyja prawdopodobnie niedziałaniu zdrowotnemu zwłaszcza wtedy, gdy skojarzone zostaje z akceptacją określonych jego kryteriów. Idzie tu zwłaszcza o kryterium, które C. Herzlich nazwała "zdrowiem w próżni". Jego dominacja w świadomości jednostki sprawia, że zwraca ona uwagę na zdrowie jedynie wówczas, gdy odczuwa obecność choroby, dolegliwości, złego samopoczucia. Analizy ustaleń empirycznych dotyczących kryteriów zdrowia skłaniają do przypuszczeń, że omawiany typ myślenia może okazać się w naszym społeczeństwie najsilniej rozpowszechnionym w sytuacjach życia codziennego.

Do wypierania problemów zdrowia poza pole świadomości oraz do niedziałania zdrowotnego skłaniać może również wiele elementów wiedzy o uwarunkowaniach stanu zdrowia. Wskazać tu można analizowane wcześniej zjawiska polegające m.in. na pomijaniu wśród uwarunkowań własnego stanu zdrowia tych czynników, które znajdują się w sferze możliwości oddziaływania danej jednostki (głównie jej zachowań zdrowotnych) oraz na eksponowaniu tych wszystkich czynników zdrowia, które znajdują się poza jednostkową kontrolą. Taki sposób myślenia, dodatkowo wspomagany przekonaniem o braku wpływu jednostki na jej własną sytuację, zapewne nie motywuje do działań skierowanych na własne zdrowie.

Powyższe uwagi pozwalają stwierdzić, że szary człowiek w swojej refleksji i w działaniu kieruje się własną, potoczną racjonalnością. Częstość jest ona inna niż ta, którą przypisują mu badacze jego myślenia i zachowania. Podczas gdy ci drudzy zarzucają mu lekceważenie swojego zdrowia, on - ten pierwszy - ma powody, by czuć się wobec siebie i swojego zdrowia "w porządku". Jego niedziałanie zdrowotne może być dobrze zrozumiane jako odpowiadające jego sposobom myślenia - sposobom bardzo często nie dostrzeganym przez tych, którzy obserwują i interpretują jego postępowanie.

W przedstawionym kontekście podstawowym problemem praktycznym (obok wcześniej wskazywanych zadań teoretycznych) jest znalezienie sposobu stymulowania takich potocznych przekonań, które kształtować

mogą motywację do prozdrowotnej aktywności. Ważną rolę może tutaj odegrać odpowiednio prowadzona edukacja zdrowotna społeczeństwa.

Jako podstawowy kierunek doskonalenia edukacji zdrowotnej chcę zaproponować potrzebę większego uwzględniania omawianej racjonalność myślenia potocznego przy konstruowaniu treści przekazów edukacyjnych i doborze metod ich upowszechniania. Oznacza to sprofilowanie działań na stymulowanie tych aspektów myślenia o zdrowiu, które pomniejszać będą obszary "nieświadomości zdrowotnej", a jednocześnie zwiększać będą obszary zainteresowania sprawami zdrowia. Idzie o przeciwdziałanie tym mechanizmom potocznego myślenia, które odwracają uwagę od zdrowia, i które sprzyjają wskazywanemu wcześniej "kompleksowi Liliputa" - przekonaniom pomniejszającym wiarę jednostki we własne możliwości wpływania na zdrowie. Idzie ponadto o taki sposób prowadzenia edukacji, który umożliwia zakorzenienie przekazywanych treści w doświadczeniach potocznych. Ważne wydaje się, by przekazy edukacyjne odwoływały się do konkretnych społecznie aprobowanych znaczeń zdrowia - nie tyle do jego ogólnego sensu (nazbyt ulotny i bliski skojarzeniom "uroczystym") lub braku choroby (sprzyja pojmowaniu zdrowia "w próżni"). W obszarze myślenia potocznego istotne jest wyzwolenie tego pojęcia od treści nazbyt powierzchownych - z jednej strony - i zbyt okazjonalnych - z drugiej. Ponadto w nawiązaniu do C.Herzlich, celem powinna stać się taka edukacja, by zdrowie nie było pojmowane głównie "w próżni", lecz jako "rezerwy zdrowia" - jako kapitał, o który warto zabiegać, który można oszczędzać, chronić przed utratą ale i umacniać czy pomnażać, który umożliwia, a wręcz jest warunkiem koniecznym dla osiągnięcia innych szczególnie istotnych wartości.

Propagowanie takiego sensu zdrowia - tzn. ujętego w kategoriach rezerw - wydaje się najbardziej istotnym zadaniem w omawianym obszarze działań. Takie właśnie pojmowanie zdrowia działa chyba najbardziej stymulująco na świadomość zdrowotną (w sensie przeciwnym nieświadomości).

Wydaje się, że dopiero tak ukształtowane potoczne myślenie o sprawach zdrowia stanowić może grunt podatny dla przyjęcia rekomendacji dotyczących prozdrowotnych zachowań postulowanych przez medycynę.

Omawiane tutaj zadania możliwe będą do realizacji chyba jedynie

wówczas, gdy będziemy dysponować gruntownym rozpoznaniem potoczego myślenia o zdrowiu. Gdy ponadto będziemy posługiwać się takimi metodami edukacyjnymi, które dalekie są od komunikatów głoszonych *ex cathedra*. Innymi słowy, gdy praktycznie realizowana edukacja zdrowotna oparta zostanie nie tylko na profesjonalnej wiedzy o zdrowiu, ale także, a może przede wszystkim, na równie profesjonalnej wiedzy o podmiotach zdrowia, a zwłaszcza o ich świadomości.

Nie należy przy tym wszystkim zapominać, że kształtowanie świadomości zdrowotnej to tylko jedna strona zagadnienia. Drugą jest natomiast kształtowanie warunków społecznych, które sprzyjać będą nabywaniu i rozwojowi w świadomości zbiorowej odpowiednich elementów myślenia, które ponadto sprzyjać będą aktualizowaniu się i dominacji dyspozycji psychicznych stymulujących działania na rzecz zdrowia. To jednak jest zadaniem wykraczającym poza obszar edukacji zdrowotnej w sferę promocji zdrowia. Edukacyjne stymulowanie zainteresowania jednostek sprawami zdrowia winno iść w parze z taką polityką społeczną i takimi rozwiązaniami organizacyjnymi, które zgodnie z ideą promocji zdrowia sprawią, że wybór działania służącego zdrowiu stanie się wyborem łatwiejszym.



BIBLIOGRAFIA

Aakster C.W., Concepts in Alternative Medicine, "Social Science and Medicine", 1986, 2

Aleksandrowicz J., W poszukiwaniu definicji zdrowia, "Studia Filozoficzne", 1972, 9

Aleksandrowicz J., Sumienie ekologiczne, WP, Warszawa, 1979

Aleksandrowicz J., Nie ma nieuleczalnie chorych, WŁ, Łódź, 1987

Amsterdamski S., Między historią a metodą. Spory o racjonalność nauki, PIW, Warszawa, 1983

Analiza postaw i zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego ze szczególnym uwzględnieniem pracowników przemysłu. Raport z IV etapu realizacji tematu RPBR MZ IV.2.1. (oprac. A.Gniazdowski, E.Korzeniowska, L.Piwowska-Pościk, K.Puchalski). Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, 1989, maszynopis

Bartoszek A., Klasa robotnicza w badaniach wartości, w: Położenie klasy robotniczej w Polsce, t. 7, Potrzeby i aspiracje robotników, Warszawa, 1987

Becker M.H., Patient adherence to prescribed therapies, "Medical Care", 1985, 5

Bejnarowicz J., Wiedza medyczna ludności wsi podhalańskiej, w: Badania socjologiczne w medycynie (pr.zb.pod red. M.Sokołowskiej) KiW, Warszawa, 1969

Berger P.L., Luckmann T., Społeczne tworzenie rzeczywistości, PIW, Warszawa, 1983

Boczkowski A., Włodarczyk W.C., Społeczne determinanty postrzegania przyczyn złego stanu zdrowia (komunikat na V Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej - Katowice, 1988)

Brockington F., Zdrowie świata, PZWL, Warszawa, 1972

Bruhn J.G., Life-style and health behavior, in: Health behavior. Emerging research perspectives (D.S. Gochman, ed.), Plenum Press, New York, 1988

Cackowski Z., Cztery warstwy ciała ludzkiego, referat na konferencję Człowiek-Środowisko-Zdrowie, Jabłonna 13-15 listopada 1984, tekst powielony

Capra F., Punkt zwrotny. Nauka, społeczeństwo, nowa kultura, PIW, Warszawa, 1987

Chaikina E.I., Saifullina N.F., The study of people's attitude to health as one of man's value, in: International...Conference on Healthy Lifestyles, Leningrad, December 12-14,1990, Abstracts

Czerwiński M., Przedmowa, w: Hołówka T., Myślenie potoczne. Heterogeniczność zdrowego rozsądku, PIW, Warszawa 1986

Davies J.K., Health education: its strengths and limitations (referat na International Conference on Healthy Lifestyles - Leningrad 1990) tekst powielony

Dąbrowski K., Trud istnienia, WP, Warszawa, 1986

Dni Medycyny Społecznej, Szczecin-Świnoujście, 6-7 listopad 1987 r., Materiały (oprac. M.Sygit, Z.Węclawik), PTMS, 1987

Dubos R., Miraże zdrowia. Utopie, postęp i zmiany biologiczne, PZWL, Warszawa, 1962

Dubos R., Człowiek, środowisko, adaptacja, PZWL, Warszawa, 1970

Firkowska-Mankiewicz A., Czarkowski M.P., Duch D., Titkow A., Tulli R., Ideologia - polityka - zdrowie. Referat na VII Zjazd PTS, Wrocław 18-21.09.1986, maszynopis

Fischer W., Niedomagania ciała, biografia, cielesność społeczna, w: Metoda biograficzna w socjologii (red. J.Włodarek, M.Ziółkowski), PWN, Warszawa-Poznań, 1990

Gdulewicz T., Chałas K., Stańczyk I., Ocena stanu zdrowia mieszkańców dużej aglomeracji miejskiej na przykładzie Łodzi. Część XI. Potrzeby zdrowotne. Podsumowanie wyników badań, "Zdrowie Publiczne", 1987, 7-8

Gill D.G., Twaddle A.C., Medical sociology: What's in a name?, 1980 (nadbitka)

Gliński P., Świadomość ekologiczna społeczeństwa polskiego, "Kultura i Społeczeństwo", 1988

Głowacka L., Współzależność uwarunkowań społeczno-bytowych i stanu zdrowia mieszkańców Warszawy, "Zdrowie Publiczne", 1977, 11

Gniazdowski A., Zachowania a zdrowie. Podstawowe zależności, w: Zachowania zdrowotne (pr.zb.pod red. A.Gniazdowskiego), IMP, Łódź, 1990a

Gniazdowski A., Zachowania zdrowotne poza pracą pracowników przemysłu, w: Zachowania zdrowotne (pr.zb.pod red. A.Gniazdowskiego), IMP, Łódź, 1990b

Gochman D.S., Health behavior: plural perspectives, w: Health behavior. Emerging research perspectives (S.Gochman, ed.) Plenum Press, New York and London, 1988a

Gochman D.S., Health behavior research: present and future, w: Health behavior. Emerging research perspectives (D.S. Gochman, ed.), Plenum Press, New York and London, 1988b

Grębowski R., Kryszpiniuk A., Potrzeby i zachowania zdrowotne pracowników Hajnowskich Zakładów Przemysłu Drzewnego, "Zdrowie Publiczne", 1980, 4

Habermas J., Nauka i technika jako ideologia, w: Czy kryzys socjologii (red. J.Szacki), PWN, Warszawa, 1977

Habermas J., Teoria i praktyka. Wybór pism, PIW, Warszawa, 1984

Health behavior. Emerging research perspectives (D.S. Gochman, ed.), Plenum Press, New York and London, 1988

Health promotion. A discussion document on the concept and principles, "Public Health Reviews", 1986, 3-4

Healthy people. The surgeon general's report on health promotion and disease prevention 1979, U.S. Department of Health, Education and Welfare, Washington, 1979

Herzlich C., Health and illness. A social psychological analysis, Academic Press, London, 1973

Heszen-Klemens I., Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby, Ossolineum, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk, 1979

Hollender B., Problemy alkoholizmu i pijaństwa w badaniach CBOS, "Problemy Alkoholizmu", 1985, 10

Hołówka J., O pojęciu i wartości zdrowia, w: W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej (pr.zb. pod red. Z.Szawarskiego), KiW, Warszawa 1987

Hołówka T., Myślenie potoczne. Heterogeniczność zdrowego rozsądku, PIW, Warszawa, 1986

Hoque J.P., Wartości cenione przez pracowników w Quebec, w: Systemy wartości w środowisku pracy (pr.zb. pod red. X.Gliszczyńskiej), KiW, Warszawa, 1982

Illich I., Medical nemesis. The expropriation of health, Calder and Boyars, London, 1975

Indulski J., Góralczyk-Modzelewska M., Przemysłowa służba zdrowia w opinii robotników, IMP, ZG PTMP, Łódź, 1984

Jaeger W., Paideia, t. II, PAX, Warszawa, 1964

Janicka K., Typy potocznego myślenia o różnicach społecznych. Wymiary struktury w poglądach inżynierów i robotników, w: Grupy i więzi społeczne w systemie monocentrycznym (red. E. Wnuk-Lipiński), IFIS PAN, Warszawa 1990

Juda M., Wartość zdrowia. O kulturowych i społecznych wyznacznikach obszaru sensu i zakresu pojęcia, w: Zdrowie i jego ochrona (red. L.Fraćkiewicz), ŚIN, Katowice, 1988

Kacprzak M., Epidemiologia, w: Higiena Ogólna (pr.zb. pod red. M.Kacprzaka), PZWL, Warszawa, 1961

Kar S.B., Berkanovic E., Indicators of behaviour conducive to health promotion, w: Measurement in health promotion and protection (T. Abelin, Z.J. Brzeziński, V.D.L. Carstairs, eds.), WHO, Copenhagen, 1987

Kirscht J.P., The health belief model and predictions of health actions, w: Health behavior. Plenum Press, New York and London, 1988

Kłoska G., Pojęcia, teorie i badania wartości w naukach społecznych, PWN, Warszawa, 1982

Kolarska-Bobińska L., Źródła lęku, "Gazeta Wyborcza" z dn. 1992.02.29

Kopczyński J., Karpowicz H., Zdrowie ludności Polski w świetle badania ankietowego z roku 1976, Zdrowie Publiczne, 1980,4

Kopias J., Przemysłowa służba zdrowia w opiniach swych podopiecznych, "Zdrowie Publiczne", 1988, 11

Kopias J., Świadomość ekologiczna a zachowania zdrowotne na obszarach ekologicznie zagrożonych, w: *Zachowania zdrowotne* (pr.zb. pod red. A.Gniazdowskiego), IMP, Łódź, 1990

Koralewicz-Zębik J., *System wartości a struktura społeczna*, Ossolineum, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk, 1974

Koralewicz J., Wnuk-Lipiński E., *Życie rodzinne, towarzyskie i publiczne. Wartości i deprywacje*, w: *Nierówności i upośledzenia w świadomości społecznej* (red. E.Wnuk-Lipiński), IFIS PAN, Warszawa, 1987

Korzeniowska E., *O zdrowiu i jego definicjach*, "Zdrowie Publiczne", 1988, 9

Korzeniowska E., *Zachowania zdrowotna w sferze pracy pracowników przemysłu*, w: *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego* (red. A.Gniazdowski), IMP, Łódź, 1990a

Korzeniowska E., *Pozycja zdrowia w społecznych systemach wartości pracowników przemysłu*, w: *Zachowania zdrowotne*. (red. A.Gniazdowski), IMP, Łódź, 1990b

Kosiński S., Piątkowski W., *Ewolucja postaw zdrowotnych ludności wiejskiej* (referat na VII Zjazd Socjologiczny - Wrocław, 1986), maszynopis

Kot I., *Wiedza pacjentów o czynnikach warunkujących powstawanie próchnicy zębów*, "Medycyna Wiejska", 1983, 1

Kozielecki J., *Czynności myślenia*, w: *Psychologia* (pr.zb. pod red. T.Tomaszewskiego), PWN, Warszawa, 1976

Krasucki P., Doroszevska U., Lipski J.T., *Socjomedyczna pamiątka po komunie, Myśl*, Warszawa, 1991

Krawczyk Z., *Kultura fizyczna w świadomości społecznej i sposobie życia*, w: *II Kongres Naukowy Kultury Fizycznej. Materiały i Dokumenty* (pr.zb.pod red. Z.Krawczyka, A.Pac-Pamarnackiego i R.Przewędy), Warszawa, 1987

Kubiak A., *Łapownictwo w świadomości społeczeństwa polskiego* raport z badań, Instytut Socjologii UŁ, Łódź, 1990, m-pis

Lalonde M., *A new perspective on the health of Canadians. A working document*, Ottawa, 1978

Lau R.R., *Beliefs about control and health behavior*, w: *Health behavior* (D.Gochman, ed.), Plenum Press, New York and London, 1988

Leighton D.S., Insinuating social science into medical thinking: problems and possibilities, w: *Topias and utopias in health* (S.R. Ingman, A.E. Thomas, eds.), Monton Publishers, Paris, 1975

Marczuk S., Badania nad wartościami w socjologii polskiej, "Studia Socjologiczne", 1982, 1-2

Marody M., Technologie intelektu, językowe determinanty wiedzy potocznej i ludzkiego działania, PWN, Warszawa, 1987

Marody M., Nowak K., Wartości a działania, "Studia Socjologiczne", 1983, 4

Matuszewski H., Medycyna społeczna, część I: Teoria organizacji i kierowania, AM im. M.Kopernika, Kraków, 1980

Measurement in health promotion and protection (T.Abelin, Z.J.Brzeziński, V.D.L.Carstairs, eds), WHO, Copenhagen, 1987

Mechanic D., Medical Sociology, The Free Press, New York and London, 1978

Misztal M., Pojęcie wartości w socjologii, "Studia Socjologiczne", 1975, 4

Misztal M., Problematyka wartości w socjologii, PWN, Warszawa, 1980

Mról E., Kopczyński J., Ocena skali zdrowia na podstawie badania ludności Warszawy z lat 1970/71, "Przegląd Epidemiologiczny", 1977, 2

Natanson T., Choroba jako bodziec twórczy, w: *Człowiek tworzy siebie sam*, IV Krajowa Konferencja Lekarzy i Humanistów, KAW,Gdańsk, 1985

Noack H., Concepts of health and health promotion, w: *Measurement in health promotion and protection* (T.Abelin, Z.J.Brzeziński, V.D.L. Carstairs, eds.), WHO, Copenhagen, 1987

Nosal C.S., Wiedza, wiara i niepewność jako psychologiczne wy-miary sytuacji człowieka chorego, w: *Człowiek jako podmiot i przedmiot medycyny*, "Problemy dydaktyki medycznej i wychowania" nr 13, Akademia Medyczna w Poznaniu, 1982

Nowak S., System wartości społeczeństwa polskiego, "Studia Socjo-logiczne", 1979, 4

Nowak S., Stanisława Ossowskiego koncepcja polimorfizmu ludzkiej natury a współczesne teorie osobowości, w: *O społeczeństwie i teorii społecznej. Księga poświęcona pamięci St.Ossowskiego* (pr. zb. pod red. E.Mokrzyckiego, M.Ofierskiej i J.Szackiego), PWN, Warszawa, 1985

Nowak S., Wstęp, w: *Wizje człowieka i społeczeństwa w teoriach i badaniach naukowych* (pr.zb. pod red. S.Nowaka) PWN, Warszawa, 1984a

Nowak S., *Odmiany filozofii nauki*, w: *Wizje człowieka i społeczeństwa w teoriach i badaniach naukowych* (pr.zb.pod red. S.Nowaka), PWN, Warszawa, 1984b

Ocena miejsca zdrowia w społecznych systemach wartości pracowników przemysłu ze szczególnym uwzględnieniem zatrudnionych w warunkach szkodliwych. Raport z II etapu realizacji tematu RPBR MZ IV.2.1. (oprac. A.Gniazdowski, E.Korzeniowska, L.Piwowska-Pościk, K.Puchalski, M.Stolarska). Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, 1987, maszynopis (t. 1-2)

Ocena postaw i zachowań zdrowotnych w zbiorowościach zagrożonych ekologicznie. Raport z II etapu realizacji tematu RPBR MZ IV.2.2. (oprac. J.Kopias, M.Stolarska), Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, 1988, maszynopis

Ochman P., Socjologiczna interpretacja definicji zdrowia WHO: implikacje teoretyczne i praktyczne, *"Studia Socjologiczne"*, 1986, 2

Ossowski S., *Z zagadnień psychologii społecznej*, Dzieła, t. III, PWN, Warszawa, 1967

Ossowski S., *O strukturze społecznej*, PWN, Warszawa 1982

Ostrowska A., *Problemy zdrowia i opieki lekarskiej w opiniach społeczeństwa polskiego*, Ossolineum, Wrocław, 1975

Ostrowska A., *Elementy kultury zdrowotnej społeczeństwa polskiego*, Ossolineum, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk, 1980

Parsons T., *Struktura społeczna a osobowość*, PWE, Warszawa, 1969

Pawlak A., *Losy polskich olimpijczyków po zakończeniu kariery zawodniczej*, "Wychowanie Fizyczne i Sport", 1985, 2

Pill R., *Issues in lifestyles and health: lay meanings of health and health behaviour*, w: *Health promotion research* (B.Badura, I.Kickbusch, eds.) WHO, Copenhagen 1991

Piotrowski J., *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*, PWN, Warszawa, 1973

Piwowska-Pościk L., *Percepcja zagrożeń oraz motyw pracy w warunkach szkodliwych dla zdrowia*, w: *Zachowania zdrowotne* (pr. zb. pod red. A.Gniazdowskiego), IMP, Łódź, 1990

Piwowska-Pościk L., Opinie podopiecznych przemysłowej służby zdrowia o jej funkcjonowaniu. Część II: Realizacja funkcji profilaktycznej oraz społeczne oczekiwania wobec systemu ochrony zdrowia pracujących, "Medycyna Pracy", 1991, 2

Piwowska-Pościk L., Korzeniowska E., Stolarska M., Wybrane zachowania zdrowotne pracowników przemysłu lekkiego w aspekcie ich postaw wobec zdrowia, "Zesz.Metod.-Org. IMP Łódź", 1986, 1

Pomian S., Strzeszewski M., Postawy wobec pracy i zakładu pracy, OBOP, Warszawa, 1967

Psychospołeczne uwarunkowania zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego. Raport końcowy z realizacji grantu KBN nr PB 0552/P1/92/03 (110819101), (kier. tematu: A.Gniazdowski, wykonawcy: A. Boczkowski, E. Korzeniowska, J.Nosko, L. Piwowska - Pościk, K. Puchalski, J. Olba), Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1995, m-pis

Puchalski K., Pojęcie zachowań związanych ze zdrowiem. Geneza i próba typologii, w: Socjologia zdrowia i medycyny. Konwersatorium 1986-88. Materiały, PTS, IFIS PAN, Warszawa, 1989a

Puchalski K., Kryteria zdrowia jako wartości społecznej, w: Czynniki warunkujące zdrowie ludności (pr.zb.pod.red. Z.Frąckiewicz), ŚIN, Katowice, 1989b

Puchalski K., Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych w: Zachowania zdrowotne (pr.zb. pod red. A.Gniazdowskiego), IMP, Łódź, 1990a

Puchalski K., Czynniki kształtujące stan zdrowia w świadomości pracowników przemysłu, w: Zachowania zdrowotne (pr.zb.pod red. A. Gniazdowskiego), IMP, Łódź, 1990b

Rojek A., Gdulewicz T., Kaczmarczyk-Hałas K., Szadkowska-Stańczyk I., Samoocena stanu zdrowia dorosłej ludności m. Łodzi, "Zdrowie Publiczne", 1982, 10

Rosenstock I.M., Public response to cancer screening and detection programs: determinants of health behavior, "Journal of Chronic Diseases", 1963, 5

Rosenstock I.M., Why people use health services, "Milbank Memorial Fund Quarterly", 1966, 44

Siciński A., Zdrowie a kultura, w: Człowiek - środowisko - zdrowie (pr.zb. pod red. J.Kopczyńskiego i A.Sicińskiego), Ossolineum, Wrocław-Warszawa-Kraków, 1990

Siemianowski A., Człowiek i prawda, W drodze, Poznań, 1986

Śtońska Z., Promocja zdrowia: współzawodnictwo między zdrowiem a innymi znaczącymi wartościami, w: Socjologia zdrowia i medycyny. Konwersatorium 1986-88. Materiały, PTS, IFIS PAN, Warszawa, 1989

Sokołowska M., Zastosowanie socjologii w medycynie, w: Socjotechnika. Praktyczne zastosowanie socjologii (przb. pod red. A. Podgóreckiego), PWN, Warszawa, 1968

Sokołowska M., Powstanie i rozwój socjologii medycyny w Polsce, w: Socjologia a zdrowie (przb. pod red. M.Sokołowskiej, J.Hołówki, A.Ostrowskiej), PWN, Warszawa, 1976

Sokołowska M., Granice medycyny, WP, Warszawa, 1980

Sokołowska M., Socjologia medycyny, PZWL, Warszawa, 1986

Sokołowska M., Poznawcza i społeczna tożsamość socjologii medycyny, w: Socjologia zdrowia i medycyny. Konwersatorium 1986-88. Materiały, IFIS PAN, Warszawa, 1989

Sokołowska M., Bejnarowicz J., Socjolog a pojęcie stanu zdrowia, "Studia Socjologiczne", 1973, 3

Sopuch K., Struktura społeczna a wybór wartości "Studia Socjologiczne", 1978, 1

Sowa J., Kulturowe założenia pojęcia normalności w psychiatrii, PWN, Warszawa, 1984

Starzyński Z., Kubasiewicz M., Wilczyńska U., Szymczak W., Badanie stanu zdrowia pracowników przemysłu włókienniczego na przykładzie zakładów włókienniczych Łodzi, Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, Studia i Materiały Monograficzne, 1983, 4

Stępniewski T., Lidtke Z., Dyskin L., Jokiel M., Próby określenia zakresu wiadomości na temat zdrowia i higieny wśród gospodyń wiejskich, "Zdrowie Publiczne", 1970, 11

Straus R., The nature and status of medical sociology, "American Sociological Review", 1957, 22

Svensson P.G., The concepts of health. Some comments from a social science perspective, "Scandinavian Journal of Social Medicine", 1980, supl. 18

Szawarski Z., Wartość życia, w: W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej (pr.zb. pod red. Z.Szawarskiego), KiW, Warszawa, 1987

Szczepański J., Elementarne pojęcia socjologii, PWN, Warszawa, 1972

Targets for health for all. Targets in support of the European regional strategy for health for all, WHO, Copenhagen, 1985

Tatarkiewicz Wł., O szczęściu, Warszawa, 1979

Titkow A., Samopoczucie i jego korelaty, w: Polacy'81 (pr. zb. pod red. W.Adamskiego i inn.) IFIS PAN, Warszawa, 1982

Titkow A., Zachowania i postawy wobec zdrowia i choroby. Studium Warszawskie, PWN, Warszawa, 1983

Tobera P., Społeczeństwo i środowisko przyrodnicze. Zarys problematyki socjoekologicznej, UŁ, Łódź, 1984

Tobiasz-Adamczyk B., Sroczyńska K., Rzutowanie psychospołecznego środowiska pracy na subiektywną ocenę stanu zdrowia pracownika, "Zdrowie Publiczne", 1977, 7

Tobiasz-Adamczyk B., Ocena zdrowia jako wartości w opinii ludzi w starszym wieku, "Zdrowie Publiczne", 1988, 4

Tomaszewski T., Świadomość, w: Psychologia (pr. zb. pod red. T. Tomaszewskiego), PWN, Warszawa 1976

Tryfan B., Zdrowie w hierarchii wartości rodzyń wiejskiej, "Wieś Współczesna", 1982, 1

Tulli R., Życie i zdrowie jako wartość w kulturze wsi polskiej, Warszawa, 1983, maszynopis

Tylkowa D., Medycyna ludowa w kulturze wsi Karpat polskich, Ossolineum, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk-Łódź, 1989

Uramowska-Żyto B., Diagnoza medyczna, "Studia Socjologiczne", 1981, 3

Weidman H.H., A transcultural perspective on health behavior, w: Health behavior (D.Gochman, ed.), Plenum Press, New York and London, 1988

Węclawik Z., Poziom wiedzy o zdrowiu i higienie wśród robotników leśnych w woj. szczecińskim, "Medycyna Wiejska", 1972, 4

Włodarczyk W.C., Prakseologiczny dylemat polityki ochrony zdrowia w Polsce (praca habilitacyjna), IMP, Łódź, 1988

Włodarczyk W.C., Boczkowski A., Z badań nad świadomością zdrowotną społeczeństwa polskiego, "Praca i Zabezpieczenie Społeczne", 1989, 6

Wojnarowska B., Pułtorak M., Wojciechowska A., Postrzeganie własnego zdrowia przez młodzież w okresie dojrzewania, "Zdrowie Publiczne", 1992, 3

Wybrane zachowania zdrowotne robotników przemysłu lekkiego w aspekcie ich postaw wobec zdrowia. Raport z IV etapu realizacji tematu RPBR MZ IX.9.20 (oprac. L.Piwowska-Pościk, A.Gniazdowski, J.Kopias, E.Korzeniowska, M.Góralczyk-Modzelewska, K.Puchalski, M.Stolarska). Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, 1985, maszynopis

Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego (pr. zb. pod red. A.Gniazdowskiego), IMP, Łódź, 1990

Zalewska D., Kulturowy kontekst funkcjonowania zdrowia jako wartości, w: Socjologia zdrowia i medycyny. Konwersatorium 1986-88. Materiały. PTS, IFIS PAN, Warszawa, 1989

Zatoński W., Gottesman K., Szkodliwość palenia tytoniu w świadomości polskich lekarzy, "Zdrowie Publiczne", 1988, 3

Zdrowie psychiczne (pr.zb.pod red. K.Dąbrowskiego), PWN, Warszawa, 1981

Ziółkowski M., Wiedza, jednostka, społeczeństwo. Zarys koncepcji socjologii wiedzy, PWN, Warszawa, 1989



SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	5
CZĘŚĆ I	
POJĘCIE ŚWIADOMOŚCI ZDROWOTNEJ I ZDROWIA	17
CZĘŚĆ II	
ZDROWIE W ŚWIADOMOŚCI DZIECI I MŁODZIEŻY	51
CZĘŚĆ III	
ZDROWIE JAKO WARTOŚĆ	71
CZĘŚĆ IV	
KRYTERIA ZDROWIA I CHOROBY	95
CZĘŚĆ V	
UWARUNKOWANIA STANU ZDROWIA	122
CZĘŚĆ VI	
AUTOOCENA STANU ZDROWIA	168
CZĘŚĆ VII	
ZAKOŃCZENIE. ŚWIADOMOŚĆ ZDROWOTNA A ZACHOWANIA ZWIĄZANE ZE ZDROWIEM	188
BIBLIOGRAFIA	207